



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

" Sexualidad y Erotismo en mujeres con cáncer de mama"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Jessica Muñoz Eretza

Directora: Lic. **María del Rosario Guzmán Rodríguez**

Dictaminadores: Lic. **Cristopher Tamayo Herrera**

Lic. **Verónica Estela Flores Huerta**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

La presente tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, con paciencia y animo me acompañaron en los momentos de crisis y en los momentos de estabilidad. Aprovecho estas líneas para expresar mi gratitud a todas ellos pues han hecho posible que esta tesis se haya desarrollado y terminado.

A mi abuela Isabel

Por sus consejos y enseñanzas que me motivaron durante la carrera, por ser su enfermedad la principal fuente de inspiración de este trabajo. Pero más que nada por el incondicional amor y cuidados que me brindo y que llevare por siempre en mi vida.

A mis padres

Dedico esta tesis de manera especial a mi madre Angelina y mi padre Ricardo, por ser los principales cimientos para la construcción de mi vida profesional, por sentar en mi las bases de responsabilidad y deseos de superación, en ambos tengo el espejo

que quiero reflejar, pues sus virtudes infinitas y su gran corazón me llevan a admirarlos cada día más.

A mi familia y hermana

A mis tíos y primos que me han acompañado no solo en esta aventura y que a través de su amor y enseñanzas, en el transcurrir de los años he logrado convertirme en lo que soy.

A mi hermana Alondra, por las risas, llantos y experiencias que hemos compartido. Por comprender mis ausencias y malos momentos, y más que nada por ser la persona que más quiero.

A mis amigos de carrera

Cada momento que he vivido durante estos años ha sido único, gracias por brindarme la oportunidad de conocerlos de diferente manera, por las alegrías y los días de llanto, por compartirme sus secretos y enojos, los llevo en mi vida. No solo forman parte importante de esta etapa universitaria, sino también de lo que soy. Los quiero, aunque no sepamos que nos espera el futuro, espero encontrarlos de nuevo.

A mi UNAM y Profesores

A la UNAM, especialmente a la FES Iztacala por darme la oportunidad de ser parte de ella y bríndame las enseñanzas necesarias para convertirme en una orgullosa estudiante de tan prestigiosa institución.

También agradezco a mis profesores carrera, por enseñarme a aprender de mis errores y transmitirme su sabiduría que me ha inspirado a continuar mis estudios de posgrado.

.

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCION.....	4
1. GÉNERO Y SEXUALIDAD	8
1.1. Sexualidad femenina.....	8
1.2. Concepto de género.....	12
1.3. Identidad de género y teorías	16
1.4. Roles de género.....	20
1.5. Dimensiones de la sexualidad.....	25
1.5.1. Dimensión biológica	26
1.5.2. Dimensión psicosocial	26
1.5.3. Dimensión cultural	27
1.5.4. Dimensión clínica.....	28
1.5.5. Dimensión conductual.....	29
2. SEXUALIDAD EN MUJER CON CÁNCER DE MAMA	31
2.1. ¿Qué es el cáncer de mama?	31
2.2. Sexualidad y Enfermedad	36
2.3. Impacto del cáncer de mama.....	40
2.4. El cuerpo como eje sexual.	44
2.5. Mitos y tabúes de la sexualidad	48
3. EL EROTISMO COMO CULTURA FUNDAMENTAL.....	51
3.1. Cultura erótica.....	51
3.2. Tabúes del erotismo	55
3.3. Erotismo de la mujer.....	57
3.4. Utopía erótica.....	60
4. SEXUALIDAD Y EROTISMO EN MUJERES MEXICANAS CON CÁNCER DE MAMA.	63
4.1. El cáncer como una nueva visión de mí.....	63
4.2. Consecuencias psicológicas y físicas.....	66
4.3. Problemas del erotismo en pacientes con cáncer.....	70
4.4. Importancia de la pareja en el proceso.....	72

4.5. Sexualidad y cáncer como entes compatibles: Propuestas.	75
CONCLUSIONES.....	80
BIBLIOGRAFÍA.....	85

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo conocer la manera en que las mujeres con cáncer de mama experimentan su sexualidad. Esto se logró a partir de una revisión de la literatura, identificando variables afectadas y potenciales para favorecer la adaptación de una propuesta terapéutica que permita el desempeño sexual durante el proceso médico. Con el fin de entender las afectaciones a nivel psicológico y sexual, se revisó en la literatura las consecuencias del cáncer mamario, para después proponer técnicas eróticas que complementen el proceso médico. Encontrando que las mujeres con cáncer mamario sufren diversos cambios a nivel sexual, dependiendo del avance de la enfermedad, presentándose también estrés, depresión y baja autoestima, sin embargo se propone el empleo de técnicas cognitivo conductuales, que les ayude a encontrar zonas placenteras potenciales para ejercer su sexualidad, ya que consecuencias físicas como quemazón por la radiación o psicológicas como la depresión, dificultan la expresión de la sexualidad. Se espera que en futuras investigaciones se tomen en cuenta estas variables para proporcionar un tratamiento completo que fomente el ejercicio multidisciplinario.

Palabras clave: Sexualidad, Erotismo, Cáncer de mama, Mujer

INTRODUCCION

Cómo Enrique, Binfa, Cataldo, Carrasco, Izaguirre y Sarrá (2004) mencionan, la sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social. Sin embargo, frecuentemente en la práctica clínica vemos problemas serios de sexualidad. Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como es la sexualidad humana, ya que este comportamiento ha variado en el tiempo y en los diferentes grupos humanos.

Aunque el concepto de sexualidad ha ido evolucionando, es evidente que el desarrollo y expresión de la sexualidad femenina ha tomado caminos distintos. Es por ello que ha significado un paso importante establecer políticas a nivel constitucional, pero la problemática se ubica en la manera en que la sociedad experimenta estos cambios

Szuster (2009) afirma que es complicado cambiar nuestro sistema de vida; es difícil superar costumbres, mandatos, herencias. El desafío es tomar conciencia y cuestionarnos la forma en que percibimos y construimos nuestras sexualidades. Si bien es difícil el cambio de costumbres, también es necesario entender la manera en que se desarrollan éstos conceptos de sexualidad, dependiendo del contexto en que se encuentren, la edad, la historia de vida, así como su estado de salud. Hablando específicamente de las mujeres con cáncer de mama, es evidente que surgen cambios en su sexualidad a partir del diagnóstico de ésta enfermedad, sin embargo poco se habla de éstos cambios

De ahí surge la relevancia social, a partir de la poca importancia que se le da a la expresión sexual de la mujer con cáncer de mama, en dónde se considera que las mujeres pierden interés sexual o es poco relevante para su tratamiento. Y en dónde se menosprecia el impacto de éstos cambios físicos y psicológicos.

Como se conoce la pérdida de mamas, implica todo un proceso de reconstrucción mental, que a nivel psicológico afecta autoestima, relaciones de pareja, relaciones interpersonales y el auto concepto. Que son aspectos personales que los médicos no contemplan en sus pacientes. Aunque se dice que en un sentido práctico en el día a día del padecimiento de la enfermedad, el enfermo crónico, junto con su red de apoyo (familiar,

social) más inmediata, toma decisiones y lleva a cabo acciones situadas fuera del terreno médico y que se inscriben en ámbitos de relación e interacción social donde el enfermo significa y da sentido a lo que le ocurre a partir de su propio lenguaje, de las representaciones que tiene sobre el concepto de enfermedad crónica en tanto sinónimo de una irremediable e irreversible condena a muerte. (Alcántara et al., 2004, citado en González, Tinoco y Benhumea, 2011)

De esta forma la paciente crea significaciones a partir de sus creencias, sin aclarar los miedos y dudas que se desarrollan a partir de su padecimiento, contando únicamente con la información de las personas que la rodean. Y es así como a nivel psicológico se espera concientizar la importancia de la intervención psicológica, como una parte vital del paciente oncológico. Construyendo propuestas que permitan cubrir las necesidades de cada mujer de manera completa, ayudándoles a encontrar puntos de apoyo en ellas y en sus parejas. Y para desarrollar cada una de éstas problemáticas se debe entender la manera en que el cáncer repercute en la sexualidad de las mujeres así como en su auto concepto.

Aunque también surge la relevancia sexual, al mostrar que la expresión sexual de la mujer juega un papel importante en su vida psicosocial, y aún más en el tratamiento de aquellas mujeres que padecen una enfermedad crónica degenerativa, como el cáncer. García (2001, citado en Hernández & Jaime, 2003) menciona que durante años hablar sobre el erotismo femenino y sobre el placer de la mujer ha sido causa de polémica; ya que, por años el placer sexual de la mujer fue considerado como secundario y hasta indecoroso, destacándose que lo importante de una mujer es su función de madre. De esta forma la familia ha adoptado la moral cristiana "el deseo natural de descendencia y la maternidad y paternidad sin límites". La educación de las mujeres se ha visto inspirada en ideas religiosas en un mundo en donde los hombres son los encargados de establecer las reglas del juego.

Por tanto, la presente investigación tuvo por objetivo conocer la manera en que las mujeres con cáncer de mama experimentan su sexualidad. Esto se logró a partir de una revisión de la literatura, identificando variables afectadas y potenciales para favorecer la adaptación de una propuesta terapéutica que permita el desempeño sexual durante el proceso médico. De esta forma en esta investigación se trazaron cuatro capítulos que permitieron conocer de manera general a la particular la conceptualización que se ha creado

de la sexualidad femenina en México, y la manera en que una enfermedad oncológica como el cáncer de mama llega a cambiar incluso la vida sexual de las mujeres que lo padecen.

En el primer capítulo se explicaron temas como construcción de la sexualidad femenina, roles femenino y masculino, concepto de género y su confusión con otros conceptos como identidad de género, establecimiento de roles de género en la sociedad, así como dimensiones sexuales de manera general. Ya que estos conceptos nos permitirán entender la percepción social y auto percepción de la mujer al ejercer su sexualidad en la sociedad mexicana

Para el segundo capítulo se describieron datos epidemiológicos del cáncer en la sociedad mexicana, así como la importancia de un tratamiento multidisciplinario. Ya que para crear una propuesta se vuelve necesario entender los cambios que ocurren tras el diagnóstico de un cáncer mamario. Aunque en éste capítulo se exploraron consecuencias biológicas y físicas, así como mitos existentes en la sexualidad femenina.

En el tercer capítulo se realizó una comparación entre el erotismo y la sexualidad, explicando las diversas manifestaciones del erotismo en la vida cotidiana, subrayando las grandes diferencias existentes entre el erotismo femenino y el masculino, ya que en ocasiones sólo se representa la sexualidad a través del roce de los órganos sexuales. Incluso en las relaciones sexuales se vive la sexualidad a través del disfrute masculino, y evitando prácticas distintas a las habituales.

En el último capítulo se articuló todo el material recabado entendiendo que la mujer con cáncer de mama enfrenta distintas dificultades en su sexualidad, no sólo a partir de su autopercepción en la sociedad mexicana, sino también a partir de los cambios físicos y psicológicos que se producen por su padecimiento. En este apartado también se abordó al erotismo como propuesta para la reincorporación de la vida sexual junto con el proceso terapéutico en las mujeres con cáncer de mama.

Aunque, actualmente existen una variedad de propuestas es importante entender que el crear redes de apoyo, no conformarse y realmente buscar el bienestar total es posible, si se tienen las consideraciones necesarias y si se adaptan a las necesidades de cada paciente. Debido a que el reajuste sexual debe contemplarse como parte de la rehabilitación integral

de estos pacientes, ya que la salud sexual influye positivamente en la mejora de la calidad de vida y de las relaciones interpersonales. Por tanto, se debe plantear el consejo sexual de forma sistemática e individualizada. En el seguimiento del cáncer es fundamental preguntar si existen problemas o preocupaciones sexuales, ya que uno de los aspectos más importantes en la restauración de la calidad de vida del paciente con cáncer es la “rehabilitación” de su vida sexual (Alonso, 2007).

1. GÉNERO Y SEXUALIDAD

1.1. Sexualidad femenina

El ejercicio de la sexualidad es una necesidad social básica, con repercusiones en la satisfacción personal y en las relaciones interpersonales afectivas y recreativas. Sin embargo, nuestra cultura ha convertido la sexualidad en una lucha de fuerzas contrarias, la prohibición, la incertidumbre y el sentimiento de culpa por una parte, y por otra la capacidad innata de excitación, la exigencia corporal, social y física de satisfacción (Arias, 2016).

Y esta dualidad representa una dificultad en las distintas culturas, dependiendo de la apertura que se dé hacia estos temas pero hablando específicamente de México, se puede decir que de manera general la sociedad mexicana es especialmente restrictiva en materia de sexualidad. La sexualidad en la sociedad mexicana es reprimida, deformada y encaminada a maneras poco placenteras y gratificantes tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo, en esta sociedad de clases, en la que todo se da de forma diferenciada (diferente tipo de educación, distinto nivel de atención a la salud, distintas formas de empleo del tiempo libre, alimentación de calidad diferente, etc.), también la sexualidad se expresa diferencialmente y la mujer posee menos oportunidades que el hombre, de vivir con plenitud este aspecto de su existencia. Lo anterior no significa que la posición del varón sea fácil, sino que tiene posibilidades más amplias que las de la mujer (Corián, 2000, citado en Gómez, 2012).

Es así como Montesinos (2002, citado en Gómez, 2012) explica que la sexualidad en México ha estado marcada por los valores y principios de una sociedad patriarcal, que ha organizado las relaciones sexuales con base a los atributos y estereotipos asignados a cada género, donde la doble moral, la permisibilidad sexual que la sociedad concede al hombre, sugiere la marginación de la mujer en el acto sexual. En la actualidad se han observado transformaciones, una de ellas se observa en las nuevas relaciones entre los géneros, en la percepción que tienen los varones respecto al papel sexual de la mujer y la percepción que tiene ésta de sí misma.

En estas transformaciones que se han desarrollado a través de los años, el papel de la mujer en materia sexual ha ido evolucionando de manera que no sólo han tenido mayor poder sobre su sexualidad, sino que también han llegado a desempeñar cargos ejecutivos, siendo que esto no ocurría en épocas anteriores. Sin embargo aún existen hombres o incluso mujeres que siguen adoptando conductas machistas.

En estos discursos la mujer aparece generalmente bajo los arquetipos y estereotipos que dominan el siglo XX mexicano: prostituta o santa, buena madre o madre mala. Esta dualidad de la mujer mexicana obedece en gran parte al esquema “Análisis histórico de la Sexualidad Femenina cultural de la familia patriarcal en Latinoamérica” (Robles, 2005, citado en Gómez, 2012).

Arce (2001, citado en Gómez, 2012) señala, que culturalmente se espera que las mujeres se traten a sí mismas como propiedad pertenecientes a los hombres. Se espera que deban acumular su virginidad y su amor, la primera para sus maridos y la segunda para sus hijos. Los rasgos femeninos más admirados son la abnegación, el sufrir sin quejarse, un feroz amor maternal, la modestia y la sumisión.

Si analizamos estos adjetivos, nos podremos percatar de que una “buena mujer”, obedece a elementos, exclusivamente pasivos. En dónde, esta dualidad la lleva a caer en extremos, normalmente la sociedad acostumbra etiquetar, entonces, jamás podría existir una mujer con ambos elementos, ya que saldría del prototipo tradicional. Y al salir de éste modelo, que ha perdurado por años, se vuelve “inmoral”. Por todo esto Caratozzolo (1995) recalca que generalmente, decimos que masculino es activo y femenino pasivo. El espermatozoide es activamente móvil, y el óvulo pasivamente expectante. El macho persigue a la hembra para realizar la cópula sexual.

El término “expectante”, no sólo forma parte de la sexualidad femenina, sino que se amplifica a otras áreas de su vida, ya que como se ha mencionado, la significación sexual se da a través de la sociedad, y la significación social a través de la sexual. Siendo ambos un componente indisoluble, que formarán cada aspecto de la vida. De ahí surge la importancia de intervenir. Ya que un cambio significaría formar un estilo de vida diferente que no solo repercutirá de manera positiva en la vida sexual sino en la propia vida.

Es así que Caratozzolo (1995) explica que existe cierta preferencia por la actitud pasiva y los fines pasivos se extiende al resto de su vida, más o menos penetrantemente, según qué tal prototipicidad de la vida sexual se restrinja o amplifique. Pero a este respecto debemos guardarnos a estimar insuficientemente la influencia del orden social, que fuerza a las mujeres a situaciones pasivas.

Y aunque no se conocen las posibles situaciones que refuerzan estas conductas pasivas femeninas, si es posible cambiar estas creencias que han estado rodeadas de sesgos de información, ya que como Arias (2016) lo menciona, la sexualidad humana y en forma particular la sexualidad femenina, continúa siendo un tema rodeado de mitos y tabúes. Dentro de nuestra sociedad, la mujer permanece subordinada en gran medida al varón y a la cultura creada en favor de este último. En el aspecto sexual, la mujer ha sido reprimida durante el transcurso de la historia humana, desexualizando y controlando su expresión erótica.

Todo esto, debido a la falta de educación e información sexual adecuada, ha generado distintas premisas socioculturales que atentan directamente contra la sexualidad femenina, premisas que a su vez fomentan actitudes tendientes al establecimiento de una “doble moral” y a la desigualdad entre sexos, sobre todo en los aspectos económico, político e intelectual (Arias, 2016).

En la sociedad mexicana Checa (2003, citado en Insaurrealde, 2013) habla de una doble moral, en la que por un lado, existe la libertad para los hombres de ejercer su sexualidad, ejercicio que conlleva una aceptación y reforzamiento de la masculinidad; y por otro, se impone una prohibición a las mujeres para ejercerla y disfrutarla con independencia de la reproducción. De modo que la desigualdad de género se expresa finalmente en el control social y moral de la sexualidad femenina cuando esta no está asociada a la procreación, los estereotipos de género tradicionales indican para las mujeres que la sexualidad debe estar asociada al amor y al compromiso, mientras que para los varones la sexualidad debe asociarse a la búsqueda del placer sexual.

Sin embargo, Arias (2016), revela que las actitudes ante la sexualidad dependen en gran medida de su plataforma sociocultural. La sexualidad es educada, orientada y dirigida, tanto en su forma como en su contenido, de acuerdo a las necesidades de una sociedad, más

no a las necesidades de los individuos que la forman. En este sentido su valorativa es también impuesta por el medio social. De esta forma se observa que la educación sexual existente no cubre las necesidades de los individuos que la forman y se adjudican significados sociales a la construcción de la sexualidad, la cual pareciera ser individual.

Es así como Salinas (1996) explica que, el significado de lo sexual se constituye culturalmente a través de los conceptos compartidos entre los miembros de la misma comunidad y es explícito en los actos más o menos privados o públicos por medio de las ceremonias (bodas, ceremonias de iniciación), de las representaciones (la imagen social de enfermedades de transmisión sexual), certificados, títulos, etc.

Es sencillo percatarse de la manera en que se lleva a cabo una lucha constante, no solo por parte de mujeres feministas, sino también por la misma mujer y sus creencias. En dónde la significación que han otorgado a su cuerpo, y al acto sexual como tal resulta controversial, ya que aunque las mujeres siguen teniendo deseo sexual y necesidad por experimentar su sexualidad, sigue siendo castigada esta expresión, y las coloca en un punto en el que sólo aceptan el silencio. Es así como este enmudecer femenino, ha creado una gran barrera, que vuelve incapaz el estudio del goce femenino. De qué forma sería posible conocer las experiencias, fantasías, errores, dudas y sentimientos que se tienen hacia la sexualidad, si el lenguaje femenino no es mediatizado por ningún medio.

Por ello, Dolto (1984) recalca que, el problema del goce femenino no ésta aun teóricamente resuelto, como podemos ver. Vuelve a aparecer, en éste punto, su plasticidad cultural. La ausencia de deseo sexual consciente y el hecho de que sin experimentar orgasmo en cuanto a su consciencia, la mujer sienta sin embargo un bienestar producido por los coitos con el compañero al que ama, que la ama y la desea; por otra parte, la circunstancia de que esas mujeres no sean neuróticas, y, por lo demás, su acuerdo emocional con su cónyuge sea excelente; su eficacia en la vida común, su disponibilidad inteligente respecto de la actividad del hombre, el respeto por el padre, progenitor de sus hijos, en el amor que ella suscita en éstos y el ambiente que crea en el hogar, el resultado del impacto emocional de esta mujer en la educación y la resolución edípica de sus hijos, son la prueba de que sus pulsiones genitales están en orden. Es así como su papel de madre, buena esposa, el sufrimiento por las necesidades de sus hijos y el bienestar del hogar

parecen resolver las necesidades que se suscitan en la mujer en el plano sexual, a pesar de que se es consciente de que es necesario el placer, se deja de lado.

1.2. Concepto de género

Hacia el año 1955 John Money realizó estudios acerca de individuos nacidos con algún defecto congénito en sus órganos sexuales; al no contar con un término para nombrar lo que halló en sus estudios, introduce los términos papel o rol de género e identidad de género, utilizando por primera vez el término inglés “gender” (género) (Hernández y Mondragón, 2007).

De acuerdo con Huberman y Tufro (2012, citados en Olguín y Moreno, 2014), el género es aquello que significa ser hombre o ser mujer en una cultura y un momento histórico determinado, lo cual definirá oportunidades, roles, responsabilidades, formas de sentir y modos de relacionarse con una persona del mismo sexo o del opuesto.

Actualmente podemos observar que las diferencias entre hombres y mujeres no obedecen a un camino de discriminación social, sino que lleva a la diferenciación que existe entre ellos, en cuanto a la prioridad de valores e intereses que van a reflejarse en los roles que hombres y mujeres eligen, en la profesión, en la familia y en la posición que otros ocupan dentro de una misma organización; de esta manera podemos observar el poder y la autonomía que cada uno tiene (Olguín y Moreno, 2014).

La perspectiva de género es un importante aporte al estudio de la sexualidad (Rodríguez y Yuriria, 2000, citado en Insaurralde, 2013) ya que permitió una mayor comprensión de los diversos aspectos asociados a ella. Tanto el género como la sexualidad son construcciones sociales y culturales: una, el género, del sexo biológico con que nacen las personas; la otra, la sexualidad, del placer que generan los contactos e intercambios corporales (Tuñón y Eroza, 2001, citado en Insaurralde, 2013)

Este esquema actúa simultáneamente como filtro cultural y como armadura, ya que no solo es una forma de interpretar el mundo, sino también un mecanismo que constriñe las decisiones y oportunidades de los agentes, marcando la organización y percepción de las

relaciones y posiciones sociales en la vida cotidiana, en las instituciones sociales, económicas, políticas, religiosas (Insaurralde, 2013).

Si bien, De Barbieri (1992, citado en Insaurralde, 2013) menciona que, el género ordena tres cuestiones principales: el intercambio sexual, la actividad reproductiva y la capacidad de trabajo, cuestiones que abarcan y cierran el círculo de los cuerpos y su control. Este ordenamiento que supone el establecimiento de fronteras entre los géneros encuentra en la división del trabajo uno de sus más fuertes exponentes al colocar a los hombres en una posición de dominación sobre las mujeres.

Para Lagarde (1997, citado en Hernández y Mondragon, 2007), el género es más que una categoría, es una teoría amplia que abarca categorías, hipótesis, interpretaciones y conocimientos relativos al conjunto de fenómenos históricos construidos en torno al sexo. El género es una categoría correspondiente al orden sociocultural configurado sobre la base de la sexualidad: la sexualidad a su vez definida y significada históricamente por el orden genérico.

Aunque para Hierro (2003, citado en Hernandez y Mondragon, 2007), el género es el sistema jerárquico de clasificación que norma las relaciones entre mujeres y hombres, es decir, el género constituye la sexualización del poder. El género que se nos adjudica al nacer nos confiere un lugar en la jerarquía social; este lugar explica o justifica la subordinación del género femenino al masculino en todas las organizaciones sociales conocidas; el género es la construcción social que impone al cuerpo sexuado.

Pero, si consideramos el género en el campo de la teoría social, podemos ubicarlo como la construcción cultural y social del sexo en tanto “con un conjunto de significados contingentes que los sexos asumen en el contexto de una sociedad dada”. Esta construcción incluye relaciones asimétricas de poder y el establecimiento de roles diferenciados entre esos sexos en el marco del patriarcado. Por su parte, con relación al género en el campo de la subjetividad, existe un consenso en ubicarlo en los aspectos identitarios, funcionando como uno de los ejes de armado de la conformación de los procesos de identificación (Fernandez y Peres, 2013)

A grandes rasgos, de acuerdo a la mayoría de las conceptualizaciones mencionadas, el género, es todo aquello que nos clasifica, a partir de nuestro sexo. Esta clasificación se da a partir del nacimiento, al elegir la ropa, nombre, y conductas que deben tener las personas. Estos pensamientos se van transmitiendo de manera que el sexo biológico predestina una gran cantidad de conductas que deben adoptarse de acuerdo al mandato social. Tanto puestos de trabajo, roles en la familia, conductas pasivas, etc. Únicamente se va a hablar de dos géneros. Femenino o masculino. Ya que conductas intermedias no existen.

El concepto género se comenzó a emplear en las investigaciones de feministas como un apoyo que permitía describir las relaciones desiguales que se vivían entre hombres y mujeres. Tal como explica Lamas (2002, citado en Olguín y Moreno, 2014), que el objetivo principal del concepto de género en sus inicios, era distinguir que las características humanas, consideradas femeninas, eran adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, en vez de derivarse naturalmente de su sexo. Por lo que si se realizaba la distinción entre sexo y género permitiría enfrentar el determinismo biológico, ampliando así las bases teóricas argumentativas a favor de la igualdad de las mujeres.

Lagarde (1996, citado en Hernández y Mondragón, 2007) observa que, todas las culturas elaboran cosmovisiones sobre los géneros y, en ese sentido, cada pueblo, cada grupo y todas las personas, tienen una particular concepción de género, basada en su propia cultura. Su fuerza radica en que es parte de su visión del mundo, de su historia y sus tradiciones nacionales, populares, comunitarias, generacionales y familiares, forma parte de concepciones sobre la nación y el nacionalismo. Como es evidente, la cosmovisión de género es desde luego, parte estructurante y contenido de la auto identidad de cada una y cada uno.

Aunque para Hernández y Mondragón (2007) la presentación del orden genérico del mundo, los estereotipos sociales y sus normas, son fundamentales en la configuración de la subjetividad de cada quien y en cada cultura. Se aprenden desde el principio de la vida y no son aleatorios, son componentes de su propio ser, dimensiones subjetivas arcaicas y en permanente renovación, por ello son fundamentales. Están en la base de la identidad de

género de cada quien y de las identidades sociales asignadas y reconocidas al resto de las personas.

Como lo mencionan los autores, la concepción que se tiene de “género”, va más allá de la educación que se pueda dar en la escuela, sino que depende de la manera en que se vive ésta visión, y dentro de éste vivir o entender el concepto, mayormente se cae en estereotipos. Es fácil abordar estos temas en investigaciones, pero en el campo se vuelve complicado tocar estos temas por la poca información que se difunde, así como los mitos existentes. En dónde es posible que se comprendan algunos conceptos e información sobre la sexualidad, pero no se aplican a la vida cotidiana

Ya que los estereotipos son creencias generalizadas sobre los atributos que caracterizan a un determinado grupo social; respecto al género, se han ido formando distintos estereotipos, cada uno de estos ha sido transmitido por medio de procesos de socialización, sufriendo distintas modificaciones a lo largo del tiempo, lo único que ha pasado es un cambio estructural tan profundo; es decir que la situación social ha cambiado o se ha reestructurado, pero esto no lo ha hecho el estereotipo correspondiente al hombre y a la mujer, por lo mismo seguimos manteniéndolos (Monjas, 2004, citado en Olguín y Moreno, 2014).

Sin embargo, en palabras de Matsumoto (1996, citado en Fernández ,1998), “nadie puede ser encasillado en estereotipos conforme a los papeles sexuales o de género, en la medida en que hay considerables diferencias individuales a través de las personas en relación con esos papeles”. El género, por tanto, se puede entender como una creación simbólica que pone en cuestión el *dictum* esencialista de “biología es destino” , trascendiendo dicho reduccionismo, al interpretar las relaciones entre varones y mujeres como construcciones culturales, que derivan de imponer significados sociales, culturales y psicológicos al dimorfismo sexual aparente.

Si bien, Olguín y Moreno, (2014) explican que, el estereotipo de género, es una construcción que hace alusión a todas aquellas características psicosociales, como son los rasgos, los papeles que cada uno toma en la sociedad, las motivaciones y conductas que cada uno tiene, volviendo diferencialmente a hombres y a mujeres dentro de cada cultura. Esta no tiene nada que ver con las diferencias biológicas existentes entre ambos; como

consecuencia, el estereotipo de género son las creencias culturalmente compartidas sobre las características psicosociales que se consideran típicas de cada una de las categorías incluyentes. Podemos ver dentro de la sociedad, que a una mujer se le caracteriza por rasgos y roles expresivo comunales, asociados a la expresión de ternura, amor y distintas cuestiones emocionales, por el contrario a los hombres se le asocia por cuestiones asociadas a la racionalidad, competencia y baja emocionalidad.

Fernández (1998) manifiesta que, en efecto, dado el carácter normatizado que envuelve el sistema de representación de los sexos, la división de papeles en la sociedad tiene un efecto sobre la identidad, en tanto “los roles sociales parecen definir la mayoría de las actividades de las personas y los mecanismos para participar en una sociedad” (Escartí, Musitu y Gracia, 1988). En esta participación se definen los signos de identificación y pertenencia grupal, por lo que, en sentido amplio, el desarrollo de la individualidad genérica supone una también una forma de integración social.

Es así como podemos observar la manera en que a través del género se han creado estereotipos de las funciones de una mujer y un hombre en la sociedad, en donde no sólo la manera de vestir y las conductas son mal vistas dentro de un género u otro, ya que ésta diferenciación ha dificultado el ingreso de mujeres en actividades consideradas masculinas, y aunque la sociedad ha evolucionado aún existen creencias acerca de lo que una mujer debe realizar, no sólo en aspectos laborales.

1.3. Identidad de género y teorías

Como se mencionó anteriormente, los estereotipos de género han llegado a afectar a la sociedad de tal forma que tanto mujeres como hombres, han adoptado conductas, consideradas socialmente como femeninas o masculinas, sin reflexionar acerca de estas. Y justamente de esto habla la identidad de género, de entender y ser conscientes que se pueden adoptar las conductas, sentimientos, creencias y maneras de vestir deseadas sin tener que pertenecer a un sexo u otro. Así como ejercer trabajos de distinta índole ya que el cuerpo femenino es igual al masculino.

De esta manera Martínez (1990; en Montijo, 2000, citado en Fuentes, 2011), explica que la identidad es una autodefinición de las personas ante otras personas, ante la sociedad, la realidad y los valores. Es de naturaleza psicosocial y contiene elementos cognitivos. La persona se observa y se juzga a sí misma a la luz de cómo percibe que le juzgan los y las demás; se compara con los demás individuos y se contrasta con algunos criterios de valor que para la persona son significativos. De esta forma, Montijo (2000, citado en Fuentes, 2011) menciona que, cualquier identidad está fundada y relacionamente, constituida con referencia a un exterior que define las propias fronteras del interior del sujeto.

Así, la identidad que cada persona construye de sí misma se encuentra marcada tanto por aspectos de sexo biológico (sexo cromosómico, hormonas y genitales), que llevan al desarrollo de una identidad sexual biológica, como por aspectos sociales (creencias, valores, estereotipos, roles e identidades de género) que son tempranamente internalizados y que llevan, a lo largo de la vida, a la construcción (deconstrucción y reconstrucción) de una identidad sexual genérica (como hombre o mujer en una sociedad dada), y ambos constituyen la identidad sexual (Raguz, 1991,1995, citado en Fuentes, 2011).

Benería y Ronan (1987; Bustos, 1998; en Navarro, 2009, citado en Fuentes, 2011), refieren que es mediante el proceso de socialización como surge nuestra identidad de género, es decir, nuestra identificación con las creencias, sentimientos, rasgos de personalidad y actitudes asignadas de manera diferencial entre hombres y mujeres.

La identidad de género es el resultado de un proceso evolutivo por el que se interiorizan las expectativas y normas sociales relativas al dimorfismo sexual, y hace referencia al sentido psicológico del individuo de ser varón o mujer con los comportamientos sociales y psicológicos que la sociedad designa como masculinos o femeninos. En este proceso, que se adquiere en la primera infancia y tiene un valor de adaptación social, la influencia tanto de los modelos materno y paterno como de los roles sociales de los adultos próximos, es tan importante, de tal forma que el aprendizaje de los roles de género interacciona con las conductas estereotipadas, pues niñas y niños, por medio de la observación, acumulan información de los comportamientos que se dan en las relaciones entre los miembros de su familia (Barberá et al., 1983; en Martínez Benlloch & Bonilla, 2000, citado en Fuentes, 2011).

Colorado, Arango y Fernández (1998) afirman que, el feminismo se estructura alrededor de la pregunta por la identidad de la mujer ¿qué es la mujer?, ¿quién soy yo? Las feministas descubren que la mujer se piensa a partir de la interiorización de lo externo o ajeno; por ello ha recurrido a múltiples representaciones de lo femenino para reconocerse allí.

Un planteamiento común en el feminismo es cuestionar una identidad de la mujer ligada al “ser para otros” que ha determinado una identificación de la mujer como madre, esposa o protectora, una identidad y “destino” construido por los otros. Contra esta determinación surge como una necesidad pensar la posibilidad de construir una “identidad propia”. La búsqueda de la identidad o de una identidad será, pues, un tema recurrente en los discursos feministas (Colorado et al., 1998).

Salinas (1996) nos dice que, para llevar a cabo tal subversión es necesario que la mujer sea consciente y conozca los procesos de construcción de su identidad como mujer. El conocimiento de sí misma le conducirá a conocer y controlar los elementos que han sido manipulados, controlados y desvirtuados hasta colocarla en la aceptación del rol de subordinada y/o a la asunción de una sexualidad que se define exclusivamente como complementaria de la sexualidad del hombre.

Es importante, saber que las identidades sexuales de las mujeres no son un fenómeno fijo, biológicamente determinado, sino un proceso de aprendizaje, potencialmente abierto al cambio y a la flexibilidad, adaptable a la corriente social y a nuevas sugerencias, podría ser propuesto como la clave utilizada por la investigación de mercado para controlar y estimular el consumo femenino. Durante los años 1940 y 1950, las teorías del aprendizaje social (Miller, 1949, citado en Salinas, 1996) adoptaron el término ‘imitación’ para describir cómo los sujetos aprenden comportamientos - algunos de ellos serán considerados como sexuales, en etapas posteriores del desarrollo del individuo – a través de la emulación de un entorno social ‘modelante’. (Salinas 1996)

Aunque, Salinas (1996) recalca la importancia de la televisión y otros medios de comunicación para alcanzar con mensajes a un público flexible, maleable, a través de los anuncios, películas, etc. El lanzamiento publicitario de imágenes de determinados valores sociales y ‘premios’ o ‘castigos’ están asociadas con hábitos específicos o comportamientos

relacionados con productos, ideas y creencias, etc., que construyen modelos cambiantes de aprendizaje.

Debido a que existen distintos modelos de aprendizaje, el aprendizaje vicario que se ha desarrollado a través de la globalización y los medios televisivos ha creado mayor impacto en la visión femenina, no sólo hacía la propia mujer, sino hacía la manera en que se representa en la sociedad. Anteriormente era común ver roles marcados acerca de lo que es un hombre o una mujer. En dónde las personas al no tener contacto con otro medio, más que su familia, adoptaban fácilmente estos roles, tan ortodoxos. Pero el contacto con la tecnología en el mundo, permitió entender que las mujeres pueden adoptar toda clase de roles sin ningún problema, es así como las creencias se han flexibilizado a favor de las mujeres, y dónde las luchas en favor de la igualdad de derechos es escuchada por toda clase de personas a través de los medios.

Sin embargo, Salinas (1996) asegura que el modelo de aprendizaje social ha sido criticado, entre otros, desde enfoques cognitivos. El primero, según la teoría del desarrollo cognitivo (Walen, 1987), no tiene en cuenta que el sujeto realiza una adscripción de significado a los estímulos nuevos, y que es capaz de una experiencia acumulativa (de desarrollo). Ambos son considerados por el modelo cognitivo como factores fundamentales para la construcción de la identidad sexual (Walen y Roth, 1987). Esta afirmación es tanto como decir que las mujeres (y los hombres) no son meras imitadoras, sino sujetos con capacidad de re-elaborar, acumular y procesar información procedente de diversas fuentes a lo largo de su vida.

Otros autores como Lamas (1996; en Montijo, 2000, citado en Fuentes, 2011) mencionan que la identidad de género se construye mediante los procesos simbólicos que en una cultura dan forma al género. Para poner un ejemplo, este autor menciona que dicha identidad se manifiesta en el rechazo de un niño a que lo vistan con un vestido cuando es mal visto por la sociedad en la que se encuentra. Esta identidad es histórica y socialmente construida de acuerdo con lo que la cultura considera femenino o masculino.

Existen una gran cantidad de teorías es un hecho que esta identidad de género se va desarrollando desde edades tempranas y es a partir de ésta pertenencia de pertenecer a un grupo u a otro que se van estructurando formas de pensar, sentir e incluso la manera en que

se relacionan sexualmente con su pareja. Así es como Matud, Rodríguez, Marrero y Carballeira (2002, citado en Fuentes, 2011) mencionan que la identidad de género es un proceso social complejo y dinámico.

Como se puede observar las teorías acerca de la identidad de género han evolucionado de tal manera que estos cambios de perspectivas son resultado de las transformaciones sociales ocurridas, ya que las exigencias de una época a otra han variado al cuestionar estilos de vida, creencias y pensamientos. De esta manera la evolución de estas teorías surge al cuestionar confusiones o etiquetas que actualmente perdieron vigencia.

1.4. Roles de género

Margaret Mead, (1935, citado en Colorado et al., 1998), se pone de acuerdo con la sociología de Parsons para plantear la idea de que los comportamientos de género eran de origen cultural y no biológico. Los antecedentes del concepto también se encuentran en Simone de Beauvoir, quien en 1949 planteó que las características consideradas como femeninas son adquiridas por las mujeres mediante un proceso individual y social. Por ello afirmó: “No se nace mujer, se llega a serlo”.

Durante esta época, la teoría de género comienza a introducirse en las ciencias sociales, pero sin trascendencia. En 1955 el sexólogo, John Money propuso el concepto “papel de género” (gender role), para referirse a las conductas atribuidas a los varones y a las mujeres (Colorado et al., 1998).

El término roles o papeles de género se refiere a esas definiciones sociales o creencias acerca del modo en que varones y mujeres difieren en una sociedad dada, y que funcionan como mecanismos cognoscitivos y perceptivos por los cuales la diferenciación biológica se convierte en una diferenciación social, que delimita los contenidos de la feminidad y la masculinidad (si bien recordemos que no todas las sociedades reconocen únicamente dos sexos y dos géneros) (Fernández, 1998).

El rol de género va a hacer referencia a las normas y expectativas que surgen del ser hombre o mujer, es decir se espera que sean masculinos y femeninas, estas preferencias en conductas, rasgos e intereses van a ser adquiridos por medio de la tipificación de género y

como consecuencia las personas van a acercar sus actitudes de acuerdo al rol de género que hayan interiorizado (Hegelson, 2002, citado en Millán, 2011).

También Colorado et al. (1998) exponen que, el término rol del género se usa para significar todas aquellas cosas que la persona dice o hace para mostrarse a sí misma que tiene el estado de muchacho u hombre, niña o mujer, respectivamente. Aparentemente, el rol del género de una persona como muchacho o niña, hombre o mujer, se construye acumulativamente a través de las experiencias de vida que esa persona encuentra y a través de las experiencias que enfrenta. El rol del género se puede comparar con un idioma nativo. Una vez internalizado, el lenguaje nativo de una persona puede caer en desuso y ser suplantado por otro, pero nunca es totalmente erradicado.

Desde ésta perspectiva se podría señalar que el género resulta ser una construcción social, es decir, que es creado dentro de la sociedad por las diferentes instituciones que la constituyen (familia, escuela, religión, medios de comunicación, etc.), ya que son éstas quienes a través del establecimiento de una serie de normas, conductas, prácticas, expectativas y valores propios para hombres y mujeres dan lugar a la construcción de una identidad genérica. Es a través de la participación de los individuos dentro de diferentes contextos que adquieren e interiorizan aquellos roles que se le han atribuido al género, por ésta razón el género se convierte en un proceso de construcción social (Almazan y Sanchez, 2010).

Cuando se logra el establecimiento del género la persona desempeñará el rol que le corresponde de acuerdo a su sexo, aprenderán de los demás por medio de la socialización las conductas y atributos de la feminidad y masculinidad, que con el tiempo esto se volverán automáticos y espontáneos por lo que puede llegar el momento en el que se crea que es parte de la naturaleza de la persona (Nelson, Biernat, Manis, 1990, citado en Millán, 2011).

La tarea es, en relación con el estudio de los papeles de género, requiere constatar y circunscribir el alcance de la diferenciación de la apariencia de los sexos (el contenido de los papeles asignados, las expectativas asociadas y los estereotipos genéricos), mientras que, por otro lado, se intenta comprender en qué se fundamenta la relación de necesidad

que vincula dicho orden social con los orígenes de la asignación de papeles entre sexos (Fernández, 1998).

Puesto que es a partir del reconocimiento del individuo como hombre o mujer que los padres manifiestan una serie de expectativas con respecto a las capacidades de sus hijos, por ejemplo que sea activo, fuerte e inteligente si es niño, o que sea cariñosa, sensible y sociable si es niña (Espinosa, s/f). Estas expectativas con respecto a los individuos dan lugar a una educación diferenciada en la que aspectos como la decoración de la habitación, la ropa, los juguetes y las formas de interacción entre padres e hijos se dan de manera particular. Por ejemplo algunos estudios muestran que los padres realizan juegos más activos con los niños que con las niñas y que ponen especial atención en la conducta de estos con respecto a las características antes señaladas, de tal forma que cada uno ponga en práctica aquellas conductas que se consideran adecuadas para uno y para otro (Almazan y Sanchez, 2010).

Y es de ésta manera en que los estereotipos femeninos o masculinos, son impuestos a tempranas edades, aunque actualmente a las mujeres se les permite tener toda clase de juegos, e incluso se puede ver que las actividades se vuelven neutras, debido a la apertura que se ha dado de a poco.

Así Diekman y Eagly (2000, citado en García, Salguero y Pérez, 2010) mencionan que, no sólo los estereotipos se modifican a través del tiempo, sino que son dinámicos en el propio momento actual. El dinamismo de los estereotipos de género se integra en las diversas actividades requeridas; por ejemplo, en su papel como padres en cuanto a la distribución de actividades del hogar y la participación en la crianza. Así, los estereotipos asignados a la paternidad pueden interpretarse en términos de su carácter fluido, donde no sólo abarcan los atributos actuales de los miembros de esa familia sino también sus atributos pasados y futuros.

Asignar un carácter dinámico a los estereotipos implica visualizar a los padres en roles diferentes a los tradicionales, incorporando así la idea de ser diferentes y buscando formas alternativas a través de la experiencia de relación y la convivencia con la pareja e hijos; como ellos mismos mencionan, es ahí en donde realmente aprenden a ser padres (García et al., 2010).

Aprender a ser padres diferentes e incorporar cambios en los estereotipos tradicionales no es nada fácil, pues va de por medio el aprendizaje adquirido de generaciones anteriores, contra el que tienen que enfrentar la posibilidad de construirse en la diferencia (García et al., 2010). Aunque como se menciona, es tan marcado éste aprendizaje, que se vuelve propio, y aunque represente un gran paso el cambio de roles, en quehaceres familiares, aún se encuentran inmersas las conductas femeninas o masculinas, como propias. Pero todas estas significaciones, acerca de las conductas pasadas, actuales y futuras, respecto al género, son aquellas que forman parte de la identidad. Aunque sigue la auto clasificación, de manera inconsciente.

Es evidente, como las diferencias biológicas que existen entre los sexos han constituido la base para la estructuración del género como lo señala Kaufman en 1989 (Rodríguez, 2002, citado en Almazan y Sánchez, 2010) ya que es a partir del sexo que las personas construyen las relaciones personales con los demás; también es a partir de la pertenencia a un grupo genérico u otro, que hombres y mujeres aprenden a establecer relaciones formales diferentes en ámbitos públicos, del trabajo, la política, la familia, la escuela, etc. De esta forma las ideas, las actividades, los sentimientos y las emociones que forman parte de la identidad de los individuos, no son más que el resultado de aquellos atributos sexuales que se le han asignado a cada uno de los géneros que se han construido a partir de la prohibición de lo que el otro es y hace.

Otra definición desde un aspecto sistémico y ecológico presenta que un rol “es un conjunto de actividades y relaciones que se esperan de una persona que ocupa una posición determinada en la sociedad y las que se esperan de los demás en relación con aquella”, trata de explicar cómo es que el lugar que se ocupa socialmente junto con las interacciones que se tienen dentro de un contexto en específico con normas específicas, dan como resultado el repertorio conductual y no necesariamente las normas por sí solas (Bronfenbrenner, 1979, citado en Millán, 2011).

Como se ha mencionado anteriormente, esta definición hace que veamos a los roles de género como un resultado de las necesidades contextuales que cambian diariamente, por lo que muestra que los roles son dinámicos, como ejemplo de esto podemos realizar un breve análisis histórico sobre los roles en los que se desempeñaron las personas, donde para

las mujeres no había una necesidad funcional para el ámbito laboral, ya que con lo que el hombre proveyera era suficiente, por lo que de entrada se consideraba que las niñas al crecer se convertirían en esposas y madres; y por el contrario los niños se convertirían en esposos y proveedores, ahora podemos ver que debido a las circunstancias económicas la mujer se ha visto obligada a salir al campo laboral (Russo y Green, 1993, citado en Millán, 2011).

Sin embargo es evidente que estos no son los únicos motivos de la mujer para insertarse en el campo laboral, ya que debido a la manera en que los derechos de las mujeres avanzaron junto con los estilos de vida actuales se ha creado una manera diferente de ser percibida, en dónde ya no juega únicamente el rol de ama de casa, sino que es capaz incluso de sostener su hogar manteniendo a su familia sin la necesidad de una pareja masculina que realice la función de proveedor

Los cambios sociales como la incorporación de la mujer al trabajo generaron nuevas formas de interacción entre padres e hijos que van más allá de un pensamiento dicotómico; ya que hoy en día, podemos observar que existe un mayor interés e involucramiento de los hombres en la educación de sus hijos y una mayor crecimiento de la mujer dentro del ámbito laboral. Esta situación dio lugar a que se deje de observar a la mujer como la única responsable de la crianza de los niños y a que se le exija a los padres que asuman una paternidad consciente a través de la cual se involucren más con sus hijos y con los aspectos que favorecen su desarrollo (Almazan y Sanchez, 2010).

Aunque, uno de los conflictos que puede surgir dentro de los roles, es cuando las exigencias del entorno no coinciden con las expectativas del rol o que las expectativas de un rol sean incompatibles con las de otro por lo que se produce un conflicto intra-rol; las consecuencias van a depender de la relevancia de la conducta y la adherencia que éstas tengan al rol específico (Hegelson, 2002, citado en Millán, 2011).

A pesar de que puede existir antagonismo entre roles, esto es común en personas en las que se están adaptando nuevos roles, que en ocasiones van en contra de sus prácticas de crianza sin embargo ésta resolución de conflictos dependerá de las capacidades de resolución de problemas y afrontamiento personales, así como la flexibilidad para adaptarse a nuevas situaciones.

1.5. Dimensiones de la sexualidad

La sexualidad humana es un proceso que acompaña al individuo durante todo su ciclo vital. En este transitar, va adoptando diversas características y formas de expresión. Estas condiciones, diferencian la sexualidad en cada una de las etapas evolutivas del ser humano, asignándole un carácter cambiante y complejo que requiere formación permanente, mediante la participación mancomunada de todas las vías y actores sociales (Marcano, 2014).

Considerando esta premisa, es importante destacar, la dicotomía existente entre sexo y sexualidad. El sexo se refiere a las diferencias anatomo-bio-fisiológicas que caracterizan, identifican y diferencian al hombre de la mujer, mientras que la sexualidad es una dimensión más amplia y trascendente, está vinculada al desarrollo integral del ser humano e involucra aspectos biológicos, psicológicos, sociales, políticos, económicos, culturales, religiosos y espirituales (Misle, 2009, citado en Marcano, 2014).

En tal sentido, la sexualidad define el desarrollo de la persona como un ser sexuado, sustentado en el sexo y en las relaciones de género, en la identidad sexual, en los roles sexuales, en la orientación sexual, en el erotismo, en la vinculación afectiva, en el amor y en la reproducción, entre otros. Su vivencia se experimenta en diferentes pensamientos, fantasías, valores, deseos, creencias, actitudes, prácticas, roles y relaciones. Por lo tanto, la sexualidad abarca todos estos elementos, resultando en una compleja red que interacciona y cambia permanentemente (Ministerio de Salud y Desarrollo Social en Venezuela, 2004, p. 15, citado en Marcano, 2014)

En consecuencia, la sexualidad al contener todas estas características no puede limitarse únicamente a la reproducción, ya que al considerar al ser humano un ser biopsicosocial. Se está aceptando que tiene distintas maneras de expresar su sexualidad en dónde se ven implicadas situaciones psicológicas, sociales, morales e incluso emocionales que los transforman como ser. Y por ello se vuelve necesario explicar las diversas dimensiones que abarca la sexualidad. Ya que el entender los múltiples factores que interactúan, facilitaran el entendimiento de la construcción de la sexualidad.

1.5.1. Dimensión biológica

Los factores biológicos controlan en gran medida el desarrollo sexual desde la concepción hasta el nacimiento, así como nuestra aptitud para procrear después de la pubertad. El plano biológico de la sexualidad afecta también el deseo sexual, nuestra prestación sexual e, indirectamente, la satisfacción derivada de la relación amorosa. Incluso se cree que las fuerzas biológicas condicionan determinadas diferencias en el comportamiento sexual, cómo la tendencia del varón a obrar más agresivamente que la mujer (Olweus et al., 1980; Reinisch, 1981 citado en Masters, Johnson & Kolodny, 1987). Por otra parte, la excitación sexual, cualquiera que sea el estímulo, produce una serie de efectos biológicos concretos: aceleración del pulso, respuesta de los órganos sexuales y sensación de calor y hormigueo en todo el cuerpo.

Como lo vemos la dimensión biológica es muy importante para el estudio de la sexualidad, ya que es a partir de ésta área, en dónde se puede ser consciente de la excitación únicamente a nivel fisiológico, así como de la disminución de excitación a partir de situaciones biológicas. Aunque éste aspecto es fundamental para la sexualidad del ser humano también se deben reconocer las otras dimensiones que pueden influir en que se ejecute el acto sexual de manera exitosa.

1.5.2. Dimensión psicosocial

El desarrollo psicosexual humano es un proceso complejo, influido por múltiples factores, a saber: genéticos, gonadales, hormonales, desarrollo, neurobiológicos, culturales, sociales y familiares. Tres son los aspectos a considerar en este proceso: la identidad de género, el papel de género y la orientación sexual (De Juan y Pérez, 2007).

De esta forma Masters, Johnson & Kolodny (1987) consideran que la evaluación del aspecto psicosocial de la sexualidad reviste importancia porque arroja luz no sólo sobre muchos trastornos sexuales, sino sobre nuestra evolución como seres sexuales. Desde la infancia, la identidad sexual o de género de un individuo (la convicción íntima del sujeto de sentirse hombre o mujer) viene configurada primordialmente por fuerzas psicosociales.

De hecho, nuestras primeras actitudes hacia el sexo -que a menudo nos acompañan hasta el estado adulto- se basan en gran medida en lo que dicen o muestran los padres, condiscípulos y maestros acerca del sentido y los objetos del sexo. La vertiente social de la sexualidad se manifiesta también en que la colectividad la regula mediante normas, proscripciones y presiones parentales y de los grupos de individuos de nuestra misma edad, con el propósito de inducirnos a encauzar nuestra conducta sexual por una senda determinada (Masters, Johnson & Kolodny, 1987).

Es por ello que en ocasiones no basta con tener una educación sexual. Ya que la moral sexual que podría existir por parte de la familia, amigos, pareja o incluso grupos de religión. Puede influir en el individuo de tal forma que si existen conductas de rechazo o aceptación, hacia el individuo, este a pesar de la educación sexual que tenga, dudará, sobre lo correcto o incorrecto.

1.5.3. Dimensión cultural

A menudo, las cuestiones relacionadas con el sexo tienen un carácter polémico y se reinterpretan en función de los respectivos esquemas de valores. Pero con frecuencia la controversia guarda relación con la época, el lugar y las circunstancias. El concepto de lo “oral” y de lo “usto” o lo “correcto” varía con cada cultura de un sí o a otro. Muchos de los aspectos morales inherentes al sexo se vinculan a determinadas tradiciones religiosas, pero la religión no tiene el monopolio de la oralidad. Tan “oral es” son los individuos no apegados a firmes creencias religiosas, como aquellos otros cuyos principios se supeditan a los postulados de un credo religioso. No existe un sistema de valores sexuales que tenga validez universal, ni un código moral que sea indiscutiblemente justo y aplicables a todos los hombres (Masters, Johnson & Kolodny, 1987).

Precisamente, García (2014) explica que, la sexualidad no solo no es el instinto animal, como bien lo había formulado Freud, sino que tampoco es algo que dependa solo de una fuerza interna, endógena y de representaciones internas de un aparato psíquico cerrado. Ella se desarrolla en un mundo a la vez ficcional y simbólico con los otros. Es en esas experiencias que se producirá una fijación de la pulsión a un representante,

construyendo al cuerpo como cuerpo erógeno y engarzando la excitación en circuitos representativos y discursivos con otros, que es donde la sexualidad humana se juega.

Así encontramos los factores antes mencionados como principales, ya que primero podríamos hablar de la dimensión biológica, como la base para entender al ser humano desde sus necesidades biológicas pero al hablar de otras dimensiones, como; la cultura y la dimensión psicosocial, estaríamos abarcando otras áreas, más que la propia reproducción. Que son totalmente importantes, para poder conocer la sexualidad así como sus distintas manifestaciones a partir de estos elementos que la desarrollan de manera diferenciada en cada ser humano.

1.5.4. Dimensión clínica

Si bien el sexo es una función natural del organismo, existen numerosos impedimentos que pueden disminuir el placer o la espontaneidad del contacto íntimo. Los menoscabos físicos, como la enfermedad, las lesiones o las drogas, alteran a veces, cuando no las anulan, las pautas de respuesta sexual. Además, emociones tales como el miedo, la ansiedad, la culpa, la turbación, la depresión y los conflictos de orden convivencial repercuten también sobre la sexualidad. La perspectiva clínica de la sexualidad examina las soluciones a estos y otros trastornos, que impiden al individuo gozar de un estado de salud y dicha sexual (Masters, Johnson & Kolodny, 1987).

Masters, Johnson & Kolodny (1987) también manifiestan que en el curso de los últimos veinte años se han realizado notables avances en el tratamiento de una amplia gama de trastornos sexuales. A este logro han contribuido dos cambios de vital importancia, a saber: una mejor comprensión de la naturaleza multidimensional de la sexualidad y el surgimiento de una nueva disciplina, llamada sexología pueden combinar en un todo estos saberes integrándolos con la instrucción y preparación necesarias para asesorar sexualmente a sus pacientes o para aplicarles la terapia sexual que corresponda.

Asimismo Sáez (2009) declara que, las intervenciones tradicionales en Educación Sexual, han respondido a planteamientos reduccionistas con intervenciones anecdóticas. Seguramente basadas en buenas intenciones, pero que no siempre derivan en los fines deseados. De esta forma, a pesar de existir disciplinas que se encarguen de analizar, estos

problemas a partir de tratamientos efectivos, las personas siguen recurriendo a compañeros, amigos, familia, etc. Para poder resolver sus dudas, todo esto ha ocurrido sin poder responderse. Debido a esto, la Educación Sexual debe ser enfocada de forma activa, sin esperar a que surjan las demandas por parte de las personas o los colectivos, considerándola como parte esencial del crecimiento integral de las personas (Sáez, 2009).

A todo esto, y con intención de ubicar la Educación Sexual en el lugar que le corresponde, habría que añadir el hecho de que ésta posibilita al profesional de la Sexología a tomar la iniciativa; siendo así la Sexología la que se acerca y se pone a disposición del individuo de modo activo, no siempre esperando a que sean los usuarios los que la demanden (Sáez, 2009).

1.5.5. Dimensión conductual

Masters, Johnson & Kolodny (1987) expresan que, el comportamiento sexual es producto de las fuerzas biológicas y psicosociales, pero su estudio intrínseco resulta instructivo y ofrece datos útiles. La perspectiva conductista nos permite saber no solo lo que las personas hacen, sino comprender mejor cómo y porqué obran de cierta manera.

En el estudio de este tema debemos evitar enjuiciar el comportamiento sexual de los demás a partir de nuestros principios morales y experiencias personales. Con excesiva frecuencia la gente tiende a plantearse la sexualidad de una manera categórica, entre lo que es normal y lo que le parece anormal, desde sus creencias. En general, lo “anormal” coincide con nuestro comportamiento mientras que consideramos anormal la conducta ajena, los actos que nos parecen diferentes o inusitados. La pretensión de enjuiciar lo que es normal en los otros resulta una tarea bastante ingrata y, además, suele estar condenada al fracaso porque nuestra objetividad está mediada por nuestros propios valores y experiencias (Masters, Johnson & Kolodny, 1987).

Aunque, históricamente han sido diversos los argumentos presentados para justificar un acentuado interés en delimitar y controlar lo que se enseña sobre sexualidad en las escuelas. Moral, higiene, epidemias, parafilias, embarazos en la adolescencia, derechos y diversidad, pudieran ser varias de estas justificativas. Algunas de ellas fueron predominantes en determinados momentos históricos, sin embargo, todas, de alguna

manera, matizan las prácticas actuales de educación sexual. Estas justificativas responden a diversos intereses y juegos de poder, lo que define la educación sexual como un campo de convergencia en “el que se articulan y enfrentan discursos sociales, como el discurso médico, el religioso y el jurídico” (Garré, 2008, citado en Quaresma, 2012)

2. SEXUALIDAD EN MUJER CON CÁNCER DE MAMA

2.1. ¿Qué es el cáncer de mama?

El cáncer es un error genético, se define como una enfermedad genética adquirida a lo largo de la vida. De una manera muy sencilla se puede explicar como un fallo en la reproducción celular. Las personas tenemos unos genes que estimulan el crecimiento celular (oncogenes) y otros que lo reprimen (genes supresores). Mientras conviven en armonía se mantiene la estabilidad del crecimiento celular. Por otra parte, este crecimiento celular, duplicación celular, sufre errores que son reparados por los llamados sistemas reparadores de ADN. Cualquier fallo en alguno de estos procesos puede desencadenar un crecimiento celular descontrolado y generar un tumor. Estos fallos se producen por la aparición de alteraciones en la estructura del ADN: “el ADN está averiado” normalmente inducidas por los llamados agentes cancerígenos, por ejemplo los del humo del tabaco. El proceso canceroso es pues un proceso interno de la persona que lo sufre, sin que exista ninguna vía de contagio (Torres y Abad, 2015).

Independientemente de ser considerado un tumor prevenible continúa siendo la primera causa de muerte por cáncer en la mujer a nivel mundial y la segunda causa de muerte en nuestro país, por tumores malignos. Esta patología es la que mayor número de defunciones produce entre mujeres de 35 a 55 años en los países desarrollados. Constituye además la tercera causa más frecuente de cáncer en el mundo (796 000 casos, en 1990), y la más alta incidencia en las mujeres (21% de todos los casos nuevos), con una tasa de crecimiento anual de 0.5%, por lo que se esperan 1,35 millones de casos nuevos para el año 2010. (Sánchez y Verga, 2011). Actualmente a pesar de las campañas que se han llevado a cabo, muchos no se acercan a conocer más acerca del tema. Pueden existir muchas razones, ya sea falta de información sobre el tema, creer que nunca les ocurrirá, miedo, falta de interés, etc.

Aunque la tecnología junto con los tratamientos alternativos en el cáncer avanzó, aún falta información acerca de las causas o los tratamientos, así la información existente se vuelve vital. De esta manera Sánchez y Verga, (2011) mencionan que es un tumor que puede producirse antes de los 25 años, y su frecuencia aumenta de forma continua con la

edad, alcanzando la mayor incidencia en etapas avanzadas de la vida. Estudios realizados en las mujeres de los Estados Unidos con el objetivo de demostrar la relación existente entre tumor de mama, edad actual e incremento del riesgo de padecerlo en intervalos de 10, 20 y 30 años, demostraron que las mujeres están más expuestas a esta enfermedad a medida que envejecen. En los cuatro grupos de edades estudiados el riesgo incrementa paulatinamente siendo más llamativo en el grupo de pacientes con 60 años de edad, en el cuál el riesgo se duplica cada 10 años. Esto significa que 3 ó 4 de cada 100 mujeres que hoy en día tienen 60 años de edad contraerán cáncer de mama para cuando lleguen a los 70 años.

Romero, Santillán, Olvera, Morales y Ramírez (2008) explican que la incidencia de enfermedades oncológicas se ha incrementado considerablemente en todo el mundo y el cáncer de mama no es la excepción. La estadística mundial señala más de un millón de casos nuevos cada año; por tanto, este tipo de cáncer representa un problema de salud pública porque es la principal causa de muerte en mujeres en todo el mundo. Una de cada ocho mujeres tiene riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida (12.2%) y una de cada 28 de morir por esta enfermedad, según la Sociedad Americana del Cáncer.

Para Knaul, Nigenda, Lozano, Ornelas, Langer, Frenk (2009) la epidemia del cáncer de mama constituye una prioridad en salud, ya establecida en los países desarrollados. En los países en desarrollo, por el contrario, se ha prestado insuficiente atención a este problema sanitario emergente. La evidencia reciente demuestra que el cáncer de mama es hoy en día una de las principales causas de muerte y discapacidad entre las mujeres de países en vías de desarrollo. En forma paralela, la investigación ha producido nuevas opciones terapéuticas, muchas de las cuales tienen un costo elevado. Por consiguiente, la epidemia de cáncer de mama representa un nuevo desafío para el financiamiento y la protección financiera del sistema de salud, en particular para los países en desarrollo.

Como se observa el tratamiento del cáncer de mamario no solo implica la atención y cuidado de la persona que lo padece, ya que un tratamiento completo implica costos elevados para la persona que lo padece cómo para la familia. Es así como la mujer con cáncer no sólo debe enfrentar las diversas consecuencias de la enfermedad, sino también la preocupación por pagar su propio tratamiento. Aunque existen instituciones de seguridad

social en México que cubren estos gastos, aún falta mayor reconocimiento por parte de las autoridades. Sánchez y Verga (2011) declaran que estudios recientes realizados en México han puesto en evidencia que esta patología es una amenaza seria para la salud de las mujeres y una prioridad no reconocida en los países de ingreso medio. Se conoció además que durante el año 1990 en este país se detectaron un total de 6000 casos nuevos y se pronosticó la confirmación de más de 16 500 para el año 2020.

Es alarmante percibir el incremento de miles de casos, en dónde no sólo el cáncer mamario encabeza la lista. Debido a que Sánchez, Sánchez y Erazo (2015) también recalcan que el cáncer que tiene mayor incidencia es el de piel, con 14 317 casos, seguido por el de mama, con 12 488, y el de cuello uterino, con 9 227 casos. Los tipos de cáncer que resultan más agresivos y mortales son el de pulmón (6 754 muertes), el de estómago (5 201) y el de hígado (4 764).

Sin embargo de manera más específica en el caso de la población femenina se observa que el cáncer de mama tiene una mayor incidencia presentando 12 433 casos. En 2007 se estimaron cerca de 178 480 nuevos casos diagnosticados de cáncer de mama, con un número estimado de muertes de 40 460 (Sánchez, Sánchez y Erazo, 2015). La prevalencia estimada es de 2.4 millones de casos, tomando en cuenta las mujeres que se encuentran libres de enfermedad y otras que están bajo tratamiento (Sánchez et al., 2015).

La evidencia establece que si el cáncer de mama se detecta en estadios iniciales es curable, tiene un mejor pronóstico, mayores tasas de supervivencia, los tratamientos son más asequibles y pueden administrarse con menos recursos. En ello reside la importancia de la detección temprana de la enfermedad y por ende del acceso a los servicios de salud [...] (Nigenda, Caballero y González, 2009).

Justamente, Nigenda et al. (2009) mencionan que, la falta de información sobre la enfermedad, causas, factores de riesgo y medios de detección temprana es sin duda una limitante para buscar de forma oportuna atención, como lo demuestran los diversos testimonios recogidos, así como los estudios realizados en otras regiones, como Indianápolis (Estados Unidos de América), Lima (Perú), Cusco (Perú) y Ciudad de México, en donde se señala que la falta de información sobre el cáncer de mama en la población

general trae como consecuencias demora y postergación de la búsqueda de atención, miedos y temores vinculados con la afección.

En el caso de la información, la insuficiencia y la falta de canales eficaces de difusión son elementos vinculados con el diagnóstico tardío. Esta falta de información puede promover percepciones vagas y abstractas, sea por parte de mujeres o de sus familias. En alguna medida, la falta de información se explica porque no es precisa ni concluyente. Por ejemplo, no existe consenso respecto de las causas y los factores de riesgo relacionados con la aparición de la enfermedad. Lo único que se sabe con certeza es que la detección temprana es un factor clave en la posibilidad de combatir de manera exitosa la enfermedad e incrementar la sobrevivencia de las mujeres diagnosticadas (Nigenda et al., 2009).

Puede existir información poco precisa acerca de la enfermedad, sin embargo es necesario aclarar las dudas con especialistas y no a través de conocidos, ya que los casos de cáncer mamario se desarrollan de manera distinta en cada paciente y en estas situaciones se desarrollan percepciones erróneas de la enfermedad. Aunque es posible que esta falta de información se deba a la desconfianza que se da hacia el médico. De esta manera Nigenda et al. (2009) comentan que respecto a la relación con los prestadores de servicios, diversos estudios describen la falta de sensibilización, interés, preparación, actualización y destreza del personal de salud en (particular de los médicos) para determinar el diagnóstico oportuno del trastorno mamario. Asimismo, las mujeres manifiestan desconfianza en los servicios de salud y pudor y miedo ante el médico, sobre todo para aceptar algunos procedimientos diagnósticos (exploración de la mama y mamografía)

De esta forma se encuentra que no sólo el médico crea desconfianza a la paciente a partir de su falta de sensibilización al tema, ya que también a la paciente le avergüenzan algunos procedimientos, como los antes mencionados. Dónde la evitación de procedimientos como la exploración mamaria no solo evidencia la desconfianza del paciente al médico, sino las creencias hacia la propia enfermedad

La bibliografía ha mostrado además diferentes casos de barreras sociales y culturales que impiden el acceso de las pacientes a los programas de detección temprana y tratamiento del cáncer de mama. Algunos de ellos se relacionan con miedos y temores a

sufrir, morir, abandonar a los hijos, dejar de ser objeto de deseo, perder al esposo; tabúes sobre la incurabilidad del cáncer, percibirlo como sinónimo de muerte; y la generación de sentimientos de angustia, pena, impotencia, rabia, compasión, preocupación extrema y sobreprotección en el seno familiar (Nigenda et al., 2009).

Aunque existen creencias hacia el cáncer de mama, como una enfermedad terminal o incurable, la evitación de chequeos sólo permite que la enfermedad se siga desarrollando sin atender los síntomas existentes. Pero una vez que el cáncer es detectado es recomendable atender temores y creencias que puedan estar obstaculizando el proceso médico. De esta forma el médico debe prestar atención a su paciente y canalizarla con otro especialista que trabaje su malestar emocional. Ya que un estado de salud completo incluye también el bienestar psicológico.

Actualmente la organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud no sólo como la ausencia de la enfermedad, sino como el completo equilibrio de los aspectos físicos emocionales, intelectuales y sociales de la persona. El papel del médico no es tan sólo mitigar los dolores de la enfermedad y ayudar en su recuperación, sino también ayudar al paciente cuando las esperanzas de su recuperación se hubieran perdido, y apoyarlo para un pasaje más fácil desde este momento de su vida hasta el final de ella (Sánchez et al., 2015).

El ser humano es integral y debe tratarse como tal. La ciencia avanza y con ellos se ha ido imponiendo la necesidad de la interdisciplina en el tratamiento de las diversas enfermedades para lograr mejores resultados. Es decir, se debe ver a la persona como un todo y no sólo como un órgano o una función que estuvieran afectados (Sánchez et al., 2015). Es difícil afirmar que la mujer con cáncer está siendo atendida integralmente si además de sus problemas oncológicos no se le apoya en las otras esferas de su vida que van a verse afectadas por la enfermedad, especialmente en las de tipo psicosocial (Sánchez et al., 2015).

Izquierdo, González, Alerm y Jáuregui, (2008) mencionan que en los últimos años, se han desarrollado varios estudios de calidad de vida en pacientes con cáncer, varios de ellos en cáncer de mama. Sin embargo para médicos y pacientes, calidad de vida es

sinónimo de supervivencia, no es así. A través de la calidad de vida se debe buscar el bienestar completo del paciente, el cual no sólo abarca el tratamiento médico.

Existe un consenso de que la calidad de vida es un área multidimensional que abarca, como mínimo, tres grandes campos (físico, psicológico y social) que pueden verse afectados por una enfermedad y/o tratamiento. El funcionamiento físico se define como la capacidad de realizar un grupo de actividades de la vida diaria, así como los síntomas físicos resultantes de una enfermedad o de un tratamiento médico. La función psicológica va desde un distrés psicológico severo hasta un sentimiento positivo de bienestar y puede, igualmente, abarcar la función cognitiva. Por último, el aspecto social incluye los aspectos cualitativos y cuantitativos de la interacción, la relación y la integración social. Aparte de estos tres campos centrales de la calidad de vida, otros aspectos pueden tener relevancia para los grupos específicos de pacientes de cáncer, en función de las afectaciones que le provocan su enfermedad y tratamiento (Izquierdo et al., 2008). De esta forma se debe buscar el tratamiento de estas áreas que también son afectadas por la enfermedad, así como la adaptación del paciente a los inevitables cambios en su rutina.

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 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 (González, 2008).

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 (González, 2008).

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 (González, 2008).

Pero no sólo el personal de salud debe estar atento a estos posibles problemas, ya que si el paciente no es capaz de preguntar o mencionar el tema, es difícil que el personal de salud pueda conocer o entender lo que sucede con el paciente. En ocasiones el personal no está capacitado para resolver dudas respecto a otras molestias, pero puede ser canalizado con un especialista que sea capaz de aclarar cualquier pregunta que pueda surgir. Ya que el rendimiento físico y psicológico del paciente pueden ser afectados durante el proceso de enfermedad.

González (2008) señala que, 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.

Si bien, 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 (González, 2008).

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. (González, 2008).

Hablando específicamente del cáncer de mama, éste influye, al igual que su tratamiento, de manera significativa en aspectos psicológicos de las personas que han sido diagnosticadas y tratadas por esta enfermedad. Dentro de estos aspectos, cabe destacar los cambios que se producen en la imagen corporal, la autoestima y la sexualidad (Narváez, Rubiños, Cortés, Gómez y García, 2008).

Narváez et al. (2008) explica que, son llamativos los efectos que provocan en la autoestima, sexualidad e imagen corporal, el diagnóstico y los tratamientos para el cáncer de mama. Estos efectos pueden mantenerse en el tiempo y no desaparecer tras el fin de los tratamientos (pp.94). Ya que, la imagen corporal se ve claramente afectada, tanto por la asimetría provocada por la cirugía, como por los efectos secundarios de los tratamientos adyuvantes, tales como alopecia, aumento/disminución del peso corporal o quemaduras en la zona irradiada. Los cambios en la apariencia física pueden deteriorar la relación de pareja y las relaciones sexuales, siendo frecuente la disminución de las mismas o la aparición de algún tipo de trastorno sexual (Narváez et al., 2008)

Aunque, las diversas formas de tratamiento pueden generar sentimientos contradictorios entre la esperanza de cura y el miedo a enfrentar los cambios corporales. Estos factores pueden afectar la feminidad y comprometer las relaciones con la pareja, llevando a una baja autoestima y daño de la imagen psíquica que la mujer tiene de sí misma y de su sexualidad. Efectos secundarios al tratamiento como alteración en la producción de hormonas sexuales y menopausia precoz pueden agravar el cuadro (Ortiz, Lopes, Valadares y Vieira, 2016).

Factores involucrados en la sexualidad de la mujer con cáncer de mama necesitan de un abordaje dirigido, visto que la atención a ella se basa en el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud y no necesariamente engloba toda la complejidad que el tema exige. Se destaca que tal atención se da individualmente en las consultas ginecológicas a partir de la demanda espontánea de cada mujer que, la mayoría de las veces, se restringe al campo delimitado de la enfermedad y/o de la restauración del funcionamiento de los órganos (Ortiz et al., 2016).

Se observa que la mujer a través del tratamiento de su enfermedad sufre estas alteraciones psicológicas en la autoestima, auto concepto e incluso puede presentar

depresión, ya que los diversos tratamientos afectan la producción de hormonas. Así involucrando también cambios en la sexualidad, pero sólo aquellas mujeres que se preocupan por las alteraciones en la vida sexual, acuden a especialistas como ginecólogos.

Sin embargo, Ortiz et al. (2016) también indican que el porcentaje de mujeres que presenta disfunciones sexuales aumenta de acuerdo con el transcurso del tratamiento, y hay un deterioro de la imagen corporal y de la sexualidad de las mujeres con cáncer de mama, hasta seis años después del diagnóstico. Explican que las mujeres con cáncer de mama pueden disminuir o interrumpir sus actividades sexuales durante el tratamiento, y que muchas de ellas presentan disfunciones sexuales con alteraciones en diversos dominios de la sexualidad (Ortiz et al., 2016).

Hay una diferencia entre los dominios de la sexualidad afectados y las disfunciones sexuales más prevalentes cuando se compara mujeres en tratamiento y aquellas que lo completaron. Esas diferencias también surgen cuando se comparan los diversos tipos de tratamiento, conservadores y quirúrgicos. Sin embargo, independientemente de cuales o cuantos dominios están afectados, se percibe que la sexualidad de las mujeres con cáncer de mama se altera significativamente durante y después del tratamiento (Ortiz et al., 2016).

Es así como la enfermedad afecta la sexualidad de las pacientes no sólo durante los procedimientos médicos, sino aún después de que se dio término al tratamiento. Aunque es necesario mencionar que al hablar de enfermedades crónicas degenerativas, el tratamiento es continuo para controlar la enfermedad, por esta razón se debe prestar atención a las afectaciones en sus distintas dimensiones, ya que los cambios en la sexualidad se presentaran junto con la misma enfermedad, esto ocurre también en el cáncer de mama.

De ésta forma, se percibe que la edad avanzada y el estadio del tumor son factores de riesgo para la aparición de alteraciones en la sexualidad. Y mujeres con un mejor grado de escolaridad presentan índices mejores en relación al placer sexual (Ortiz et al., 2016). Es posible que sólo las mujeres con escolaridad hayan expresado mayor interés en su sexualidad, sin embargo todas tienen derecho a recibir información que les permite mejorar su vida sexual.

Ya que, si en algo hay consenso en la literatura sobre cáncer y sexualidad es en el deseo de las personas afectadas de recibir la información adecuada para poder entender mejor los cambios que su vida íntima y la de sus parejas y esto tanto en enfermos afectados de cáncer de próstata, mama o ginecológico (Pallí, Lluch y Valero, 2010).

Aparte de la necesidad ética de proporcionar esta información, la literatura presenta evidencia de que una mujer bien informada tiene más probabilidades de recuperar su vida sexual que una mujer que no sabe bien a qué atribuir los cambios: una mujer que sabe que las alteraciones sufridas pueden ser temporales está psicológicamente más preparada para hacerles frente, aceptarlas con menos miedo e incluso para anticipar su recuperación. Tener la información adecuada ayuda a entender, aceptar y adaptarse a los cambios experimentados, mientras que la falta de información es un factor ansiogénico (Pallí et al., 2010).

Por ello es importante que estos profesionales sean conscientes de sus propias creencias y valores culturales asociados a la sexualidad, para vigilar la interferencia que puedan hacer en las prácticas del equipo asistencial. De esta manera se puede evitar caer en errores como dar por supuesto que las dificultades sexuales de las mujeres afectadas son algo normal que no requiere tratamiento (Pallí et al., 2010).

2.3. Impacto del cáncer de mama.

Como enfermedad crónica (de curso evolutivo prolongado), el cáncer de mama pasa por diferentes etapas ante las que la enferma presenta distintas reacciones emocionales. Para Holland, (1993, citado en Dorantes, 2001) estas fases a las que la paciente se debe adaptar incluyen: el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y los acontecimientos que vayan sucediendo a lo largo del curso clínico. Varios autores han definido como reacciones psicológicas paralelas a estas situaciones clínico evolutivas (Horowitz M., 1976 y Holland, 1989, citado en Dorantes, 2001).

Cabe resaltar que el descubrimiento de un nódulo mamario representa una amenaza para la mujer, principalmente si se confirma su malignidad. Este hecho acarrea, casi siempre, un desequilibrio emocional en la mujer, que puede extenderse a la familia

(Mesquita, Magalhães, De Almeida, Carvalho y Mota, 2007). El diagnóstico, junto con todo el tratamiento y sus distintos tipos, pueden provocar diversos cambios, y muchos de ellos a nivel emocional, que pueden llegar a desencadenar distintos problemas tanto psicológicos, como sociales. Algunas fases son las siguientes.

La fase de pre-diagnóstico se caracteriza por la preocupación de los síntomas, principalmente hasta que la persona se somete a exploración. En la fase de diagnóstico, la incertidumbre, el sometimiento a diversas pruebas y a la espera de resultados; son la característica común. En la etapa del tratamiento, la atención de la paciente se centra en los efectos de las medidas terapéuticas que, como vemos, pueden tener muchos efectos secundarios, Si el tratamiento tiene éxito, la persona ha de volver a interactuar con su medio, y a realizar sus actividades cotidianas; aquí predominan los problemas de adaptación a las nuevas condiciones, resultando necesario para muchas pacientes pasar por una etapa de rehabilitación (Dorantes, 2001).

Aunque es claro que el impacto que produce el cáncer va más allá de la preocupación por ser detectado, ya que generalmente ésta enfermedad es asociada a la muerte. Entonces, el miedo al diagnóstico, se transforma en un miedo a morir, esto si no se tiene la información adecuada.

En un estudio realizado por Izquierdo et al. (2008), acerca de los sentimientos que pueden experimentar los pacientes con cáncer, expresan que sus encuestados, refirieron que la confirmación del diagnóstico les produjo, en un inicio, una imagen indefinida del futuro, considerándolo incierto, inseguro, acompañado de sentimientos de angustia, desesperanza, y temor a la muerte. Sin embargo, a medida que han ganado en sobrevida, y luego de atravesar el período crítico terapéutico y estrechar lazos de comunicación con el personal que las asiste, las pacientes expresan una percepción positiva y optimista del futuro. Una preocupación esencial en todas las pacientes, ante la posibilidad de muerte, estuvo relacionada con su familia, en especial con sus hijos.

El diagnóstico de la enfermedad entraña un peligro para la mujer, por ser el cáncer visto como una enfermedad sin cura. Por ello, es importante, para la toma de decisiones por parte de la misma, la relación que mantendrá con el profesional de salud, exigiendo una

relación de confianza para una mejor aceptación, adaptación y construcción de ideas (Mesquita et al., 2007).

Es importante que el personal que la atiende, sea claro y elimine todos estos prejuicios, que pueden ser alimentados, el apoyo debe de ser constante, ya que el estado de la enfermedad no siempre permanece inmóvil, así también los sentimientos positivos y negativos, se vuelven constantes.

Beneit (1995, citado en Dorantes, 2001) refiere que, transcurre un periodo sin signos de enfermedad. A todo el periodo que transcurre sin signos de enfermedad se le denomina intervalo libre, no existiendo ninguna seguridad a que se produzcan, o no recurrencias o recaídas. Si ésta recaída se produce, hay que volver a iniciar los tratamientos que tendrán probablemente más efectos secundarios y serán más aversivos que los anteriores. En la práctica clínica, esta fase suele considerarse como la más difícil para la paciente. El ciclo puede repetirse varias veces, o bien es posible que la enferma evolucione progresivamente hacia una etapa terminal, generalmente caracterizada por sentimientos de aislamiento y depresión.

De este modo, dependiendo de la fase de la enfermedad, los sentimientos serán distintos, es importante cada fase, ya que en cada una se va enfrentando la paciente a un duelo distinto, hacia su vida, hacia su cuerpo, cada momento se forma a partir de la incertidumbre, en dónde, se puede avanzar a la recuperación, o estar en una etapa terminal. Aunque es claro que cada persona es distinta, y la manera en que enfrente estos cambios será ligeramente diferente.

De lo anterior puede deducirse que la paciente con cáncer de mama supone enfrentarse a una situación amenazante, poco predecible y más o menos aversiva, en función de las características del proceso neoplásico, del tratamiento que requiere y de la fase de evolución en que se encuentre (Holland, 1993, citado en Dorantes, 2001). Bajo estas circunstancias una de las reacciones más comunes que experimentan las pacientes con cáncer es el estrés, considerando que este es definido por Mariel (1990, citado en Dorantes, 2001) como un conjunto de reacciones generadas en una persona para resistir una fuerza externa que tiende a desequilibrar las funciones psicológicas y físicas normales del individuo.

Pero no sólo presenta estrés, ya que el temor también es experimentado ante la necesaria hospitalización, ante los cambios limitantes de su vida, proyectos y aspiraciones, así como ante la afectación de su vida sexual en calidad y cantidad que puede convertirse en una permanente fuente de miedos y angustias (Izquierdo et al., 2008).

Este tipo de cáncer generalmente causa impacto entre las mujeres, tanto por la importancia que se da a la mama, como por el miedo relacionado a los tratamientos. La enfermedad es agresiva y traumática, pudiendo afectar a la mujer en todas las dimensiones de su vida, acarreando cambios en el desempeño de sus roles y en la percepción de su imagen corporal (Mesquita et al., 2007). Ya que los cambios físicos hacen visible su enfermedad ante la sociedad, es así como surgen toda clase de temores, no solo hacía la enfermedad, sino hacía la familia, la pareja, hacía su propia aceptación, y hacía las posibles consecuencias sociales.

Mesquita et al. (2007) señalan que, el diagnóstico de la enfermedad lleva a un momento de crisis, tanto para la persona afectada como para su familia, reflejándose en el ambiente social en que está inserta. Pero la crisis no sólo se da en la familia, ya que la pareja también es afectada cuando se empiezan a desarrollar los cambios, y es posible que los problemas que surgen durante la enfermedad se sumen a los ya existentes en la pareja.

Izquierdo et al. en su estudio en el 2008, mencionan que para sus entrevistadas la aceptación por la pareja es importante, pues no sabían cómo sería aceptada su nueva imagen y cómo ésta influiría en su vida conyugal y en la continuidad de la vida en pareja. Algunas reconocieron resistencia a la aproximación y rechazo a su compañero como respuesta a los resultados adversos de la cirugía y el tratamiento. Sin embargo, todas las pacientes reconocieron la importancia de su pareja y la familia como fuente de apoyo en la recuperación de la enfermedad.

Desde esta perspectiva, resulta oportuno hacer referencia al papel de la comunicación en parejas donde uno de los miembros tiene cáncer; cabe anotar que en la medida en que se hace referencia a comunicación afectiva, se implican elementos de intimidad que la pareja genera precisamente a través de la comunicación; el ataque de una enfermedad seria en uno de los miembros de la pareja no sólo afecta la vida de esta persona; también puede tener consecuencias para el compañero saludable y para la relación

íntima entre el paciente y su compañero. Es aquí donde entra a jugar un papel importante la comunicación, convirtiéndose en facilitadora u obstaculizadora de la dinámica de pareja en circunstancias especiales como las que afronta el paciente con cáncer (Kuijer, Buunk y Ybema, 2001, citado en García et al., 2010).

Así la comunicación se vuelve básica en la relación y el manejo de los nuevos cambios ya que a través de la enfermedad surgen inseguridades que deben ser resueltas por la pareja. Seifert (2000^a, citado en García, García, Ballesteros y Novoa, 2003) reporta que estas pacientes presentan dificultades con el manejo de los celos en la relación de pareja, debido a la inseguridad que produce la pérdida de la función sexual. Para este autor, la disminución del apetito sexual imputable a una causa orgánica disminuye la receptividad erótica de la mujer, lo cual hace necesario un nuevo acoplamiento con la pareja y un trabajo en su esquema corporal y su sexualidad. Es necesario entender la pareja no sólo se debe contemplar en el campo sexual, ya que forma una parte importante en el afrontamiento de los cambios físicos y psicológicos que surjan.

2.4. El cuerpo como eje sexual.

El cuerpo es ese elemento con el que contamos los seres humanos para conocer el mundo exterior. La mayoría de los autores difieren en el concepto de cuerpo, sin embargo, coinciden en que la forma de ver y manejar el cuerpo son cuestiones muy importantes que forman la manera de expresarse de cada persona en la vida (Espinal, 2009, citado en Romero y Villafuerte, 2016).

Es sustancial acentuar que los significados que se le han dado a la palabra “cuerpo” van ligados al lugar en el que se desenvuelve una persona, ya que la sociedad influye directamente en la definición que se le da a las cosas y con este respecto surge una inevitable pregunta, ¿Qué es entonces la experiencia del cuerpo?, interrogante que pretende responderse desde un plano vivencial, cuestionando también ¿cómo se siente y como se vive el cuerpo? Ambas se tornan preguntas que requieren ser expuestas y analizadas, tomando la idea de Merleau-Ponty, desde un “cuerpo vivido”, un sistema de acciones que proporcionen estímulos a esta definición, “un cuerpo virtual cuyo lugar fenoménico está definido por su tarea y su situación”, nuevamente se incorpora la palabra sociedad, donde

evidentemente el contexto influye en la forma de hacerle frente a estas preguntas (Aisenson 1981, citado en Romero y Villafuerte, 2016).

Romero y Villafuerte (2016) explican que es observable, la evolución social en cuanto a pensamientos, percepciones, cultura, etcétera, dan pasó a nuevos organismos sociales, mismos que modifican la manera de percibir, observar e interpretar el cuerpo en toda su amplitud. Actualmente el cuerpo se ve comprometido a cambios, modificaciones y adaptaciones que son inherentes a los intereses y exigencias del contexto en el que se desenvuelve el ser humano. Por otro lado se vuelve indispensable considerar que la vía por la que estas exigencias tienen lugar es a través de los medios, los cuales evalúan, imponen y delimitan, exaltan o aíslan. Así el cuerpo se vuelve parte de una representación simbólica, entre la esencia del individuo (imaginario individual) y la representación ante el mundo y su contexto (imaginario social) (Castoriadis C, 1993, citado en Romero y Villafuerte, 2016)

Precisamente, todos los individuos nacen con un cuerpo que se va transformando y se adapta para construir su corporeidad. Las experiencias que va teniendo en el medio en que se desarrolla el individuo y la forma en que las percibe, se adaptan y acomodan creando nuevas estructuras de referencia; de esta forma es como se va construyendo el o los significados del cuerpo (Espinal, 2009, citado en Romero y Villafuerte, 2016). Sin embargo, se han hecho conceptualizaciones muy limitadas acerca de lo que podría ser el cuerpo, dónde éste sirve únicamente, para cubrir necesidades y generar placer.

Pero, pensar al cuerpo como generador de placer se torna muy limitativo, pues el cuerpo en la sexualidad es muy importante, ya que es a través de él que se siente, se percibe y se experimenta el mundo. Retomando a Rey y Trigo (2000, citado en Romero y Villafuerte, 2016) el cuerpo no es aquel objeto que una persona posee, sino que es el medio por el cual vivimos, donde hacer, saber, razonar, comunicar se torna en un nuevo término: corporeidad.

Y esta corporeidad forma parte de la sexualidad humana, en dónde el sentir, ver, manipular y oler, expresan deseos, pensamientos, preferencias y creencias que le permiten al ser humano deducir, que quiere complementar a su sexualidad. Ya que todo lo que le rodea, conforman su identidad sexual. De esta forma encontramos que ambos conceptos,

sexualidad y cuerpo, se encuentran estrechamente relacionados de tal manera que la transformación del cuerpo tiene consecuencias en la sexualidad.

Justamente esta transformación de la sexualidad a través del cuerpo ocurre en las mujeres con cáncer mamario. Airaldi (2010) expone que, el cambio corporal es particularmente relevante en el cáncer mamario, pues en la cultura moderna el valor de una mujer está muy relacionado con su apariencia, al mismo tiempo que las mamas forman parte de la concepción de “ser mujer” y de la sexualidad femenina. Por ende, una mujer puede pensar que al no tener senos ha de dejar de ser “completamente mujer”; pues no solo se altera el cuerpo, sino que también la personalidad y las relaciones sociales (el matrimonio puede verse afectado gravemente porque disminuye la frecuencia de las relaciones sexuales). Esta situación deja a la paciente con la sensación de que su cuerpo no le pertenece y le es extraño. Pueden verlo como ajeno o hasta como una fuente de amenaza. Una mastectomía es un fuerte golpe a la autoestima y al auto concepto, por lo que es común observar que las pacientes sienten vergüenza, incomodidad y dolor emocional.

De esta manera Izquierdo et al., (2008) explica que el cuerpo de la mujer tiene un gran papel en el rol genérico que ella desempeña en su vivencia sexual, reforzado por la cultura. Por eso, la mujer encuentra una explicación para estas cirugías desde el punto de vista médico, pero no en su pensamiento, donde emergen preguntas, ideas negativas y temores, que dan paso al concepto de mutilación, expresada verbalmente como la percepción de la pérdida de esa parte de su cuerpo [...].

Dependerá de la mujer la manera se vivenciar esta situación a partir del significado que decida atribuirle, y de los pensamientos que sean reforzados por su círculo cercano. Ya que aunque la cultura atribuye significaciones al cuerpo, es posible asumir los cambios físicos de manera positiva.

Así Sosa y Luna (2013) recalcan que, el cuerpo es la herramienta que tiene el ser humano para existir y pareciera ser que poco hemos reflexionado sobre lo que le pasa y cómo reacciona el cuerpo ante una enfermedad como el cáncer [...]. Sosa y Luna (2013) mencionan que el cuerpo de la persona con cáncer por el tratamiento de la cirugía ya es otro, también hay que considerar las afecciones o alteraciones que se pueden presentar en él por el tratamiento de radioterapia y quimioterapia, que como se dice en la oncología los

enfermos con cáncer en algún momento de la evolución de la enfermedad van a recibir alguno de ellos o los tres tratamientos.

Airaldi (2010) menciona que, la pérdida del cabello es otro golpe a la imagen corporal de la mujer. No solo se cae el cabello a causa de la quimioterapia, sino que también se pierden las cejas, las pestañas, los vellos axilares, púbicos y de las piernas, dejando a la paciente literalmente calva.

A pesar de que la pérdida del cabello es un efecto temporal según Silver (2004, citado en Airaldi, 2010), este cambio corporal puede ser percibido como de mayor impacto que la propia mastectomía. El autor atribuye este hecho a que la calvicie no se relaciona con el sexo femenino, y cuando alguien ve una mujer calva, es obvio que se debe a la quimioterapia. De esta manera, la pérdida del cabello convierte al cáncer en un asunto público, difícil de disimular, y que le recuerda a la paciente su lucha contra la enfermedad cada vez que se mira al espejo. Por eso, muchas mujeres prefieren rasurarse antes de que se les caiga el cabello como efecto de los tratamientos, ya que esto les otorgaría un cierto grado de control sobre la enfermedad.

La idea potencial de la muerte, la alteración de la imagen corporal, la mutilación de la feminidad, la pérdida del deseo sexual, las alteraciones de la fertilidad, la imposibilidad de cumplir con los roles diarios (principalmente, con los de madre y esposa) son situaciones que acompañan a esta patología, y que alteran toda la estructura biopsicosocial de la paciente (Airaldi, 2010).

Se debe de buscar la adaptación a estos nuevos cambios, ya que la transformación del cuerpo es un proceso inherente al cáncer de mama, y aunque se tiene una imagen de lo que socialmente es una mujer, es necesario analizar y profundizar en éste tema. Entender que aunque los cambios son inevitables el atender las inconformidades físicas y psicológicas, con un psicoterapeuta permitirá a las mujeres manejar su proceso con mayor información y seguridad.

Airaldi (2010) aclara que, una sana imagen corporal es una imagen corporal precisa, real. Aceptar los cambios como parte del propio cuerpo es muy importante para continuar con el tratamiento de manera positiva. El psicoterapeuta debe apoyar a la paciente a

identificar cuáles son los cambios que le molestan, teniendo en cuenta si éstos serán permanentes o temporarios. El siguiente paso es trabajar sobre el duelo del cuerpo modificado. Este duelo consiste en aceptar la vida y el cuerpo que uno tuvo, reconociendo que las cosas nunca serán iguales, pero no por ello, peores.

2.5. Mitos y tabúes de la sexualidad

Gómez (2016) manifiesta que, “Tabú” es una palabra de ori en polinesio, que la antropología y otras ciencias han adoptado dentro de sus términos y que se ha usado con amplitud desde ya hace tiempo. En ese sentido, el tabú se conformaría en los grupos humanos como un primer patrón de comportamiento y acción social, en tanto que los individuos actuarían de ciertas formas, observando ciertos lineamientos y siguiendo ciertas restricciones, para tratar de controlar en su beneficio y en el de la comunidad a las fuerzas naturales de su entorno (como él y su medio social las entienden), y/o, para evitar los efectos adversos y dañinos de estas fuerzas (Gómez, 2016).

Mientras que los mitos originalmente son leyendas que se transmiten verbalmente generación tras generación, que tratan de enseñar en un cuento de hadas las verdades de la vida para dar buenos consejos (Cárdenas, 2008). e hecho, el “ mito” es ta bién un invento de los humanos cuando trataban de hacer explicable lo que no se explicaban, una manera de tranquilizarse y de poder responder preguntas que se empiezan hacer desde niños (Ochoa, 2004, citado en Cárdenas, 2008).

Se observa que mientras el tabú se crea a partir de las restricciones existentes dando explicación a situaciones desconocidas, el mito aunque también intenta explicar un fenómeno, éste fenómeno no es totalmente desconocido. Debido a que el mito se utilizó para explicar verdades a través de historias que se han distorsionado con el tiempo. En épocas anteriores el tema sexual causaba conflicto en los mexicanos, por esta razón es posible que algunas creencias se hayan creado, y mantenido a pesar de la información existente.

Rivera (2008) afirma que el silencio y el oscurantismo desencadenaron graves consecuencias: abuso sexual en familia desde dentro de la casa; niños callados bajo

amenaza y además sintiéndose culpables; niñas desinformadas que se embarazan al primer contacto; abortos caseros que matan; matrimonios tempranos obligados; enfermedades de transmisión sexual por pura ignorancia... si el silencio, los mitos y prejuicios hubieran funcionado o funcionaran no habría un para qué de educación sexual, pero lo anterior nos dice lo contrario.

Parece que lo humano evoluciona vertiginosamente en ciencia y tecnología, pero se congeló en su conocimiento sexual, se ocultó y silenció tanto tiempo que no progresamos con información buena, clara, completa y veraz (Cárdenas, 2008). Ante este vacío, cada vez que las mujeres jóvenes se preguntan algo relacionado con su sexualidad, la única respuesta eran los “mitos”, que son explicaciones inadecuadas o mentirosas la mayoría de las veces (Cárdenas, 2008).

Pero la conservación de estos mitos también tiene consecuencias en la vida de las mujeres. Debido a que los mitos de la sexualidad femenina ocasionan frustraciones en la vida sexual de cada mujer, existen casos en los que las mujeres creen en los mitos que se han repetido durante mucho tiempo, y los cuales ocasionan miedo con el simple hecho de pensar en la sexualidad. (Cárdenas, 2008). Existen toda clase de mitos, que aunque algunos parezcan absurdos, resultan ser genuinos para muchas personas. El problema reside en el daño emocional que causan a la población.

Algunos de los mitos más comunes son los siguientes: “Mito es que una mujer tenga que ser virgen e inexperta, y que si ya no lo es, no vale nada, mito es que una mujer no pueda cocinar cuando está menstruando o tener relaciones sexuales o peor aún, que crea que por estar menstruando no se puede embarazar, mito es creer que existen mujeres frías cuando se confunden con la falta de conocimiento de su cuerpo y del placer al cual tiene derecho, mito es decir que sólo en la mujer recae la responsabilidad de cuidarse para no embarazarse cuando en realidad la relación sexual es de los dos, mito es creer que la mujer siempre tiene que ser pasiva y el hombre activo, mito es creer que la masturbación es peligrosa, mito es aquel que gobierna nuestra vida y que nos impide poder desarrollarnos a plenitud en nuestra vida sexual” (Ochoa, 2001, citado en Cárdenas, 2008).

Sin embargo, los mitos sexuales pueden ser eliminados si se tiene información verdadera y se es asesorado por un especialista que aclare dudas existentes Ya que la

desinformación, puede crear consecuencias peligrosas. Cárdenas, (2008) recalca que, las mujeres tienen derecho a erradicar estos mitos con información clara y oportuna, es necesario e indispensable para el ser humano contar con educación sexual que permita tomar decisiones importantes con respecto a la sexualidad.

Solo es posible, tomar decisiones adecuadas, cuándo se es consciente de lo real y falso. Además de que los mitos sobre la sexualidad femenina, denigran y desvalorizan a cada mujer por el simple hecho de que existen, el daño psicológico que ocasionan frases como: “la mujer es la única responsable en cuestiones de reproducción, la mujer no es digna por no ser virgen, la mujer no puede tocar su cuerpo porque es pecado, etcétera”, limitan y ocasionan que las mujeres se sientan mal por el simple hecho de pensar en el sexo (Cárdenas, 2008).

Finalmente, Torres y Abad (2015) explican que, la información adecuada sobre los cambios que se van a producir disminuye la ansiedad, evita la búsqueda indiscriminada de información en Internet y aumenta la percepción de control, permitiendo la expresión de emociones, que favorece la reorganización emocional y entender el significado de las emociones [...].

3. EL EROTISMO COMO CULTURA FUNDAMENTAL

3.1. Cultura erótica

La manera en que los seres humanos nos relacionamos sexualmente ha sido desde hace muchísimos años motivo de reflexión, estudio, legislación, polémica, normatividad, preocupación, etc., de ahí las incontables obras al respecto de ella. No es sorprendente que todas estas reacciones ante un fenómeno tan ligado a nuestra esencia como individuos se hayan dado en todas las culturas conocidas, aunque en algunas de estas obras destaquen su importancia histórica o científica que van desde el Kama Sutra, pasando por la Suma Teológica de Santo Tomás hasta, la Respuesta Sexual Humana de Masters y Johnson, estando entre ellos cualquier cantidad de manuales, libros de recetas, códigos que la normativizan o la condenan, sugerencias para resolver los problemas que la impiden o la obstaculizan y que se pueden encontrar en cualquier librería que se precie de actualizada (Velasco, 1998, citado en Hernández & Jaime, 2003)

Es importante señalar que este interés no es gratuito, el erotismo y sus expresiones en la mayoría de las ocasiones y en la mayoría de las personas es quizá, la mejor manera que se tiene para expresar al otro que se le quiere, de ahí la importancia de saber a qué nos referimos cuando hablamos de erotismo (Hernández & Jaime, 2003). Para David Barrios (2005 citado en Rivas, 2010), el erotismo es un fenómeno eminentemente humano, pues no se conoce que las especies animales no humanas generen y compartan erotismo, sino simplemente actividad copulatoria con fines de reproducción de la especie.

El erotismo es la potencialidad personal de producir y comunicar una forma especial de placer: deseo, excitación y orgasmo. Incluye los fenómenos mentales como ideaciones, fantasías, recuerdos, asociados a dicho placer. Esta potencialidad erótica puede o no incluir reproductividad y a partir del advenimiento de los anticonceptivos, se ha favorecido un privilegio del placer sobre la facultad reproductiva (Barrios, 2005, citado en Rivas, 2010).

Sin embargo, García (2006) menciona que, lo erótico se entiende como el goce y el placer únicos, llevados al plano del éxtasis, en donde la comunicación básica es el alma de los amantes. Aquí, solo vale el placer espiritual, en lo erótico queda fuera el plano de la reproducción, por eso, bastaría quizá con un mundo sutil de caricias y de miradas y de

complacencia a nivel espiritual, y esto permitiría no llegar necesariamente a un encuentro sexual de intimidad genital, y abarcaría tanto el placer de miradas y de amistad anímica, que no tendría por qué haber penetración, y en este sentido, habría una forma de no concebir, pues se buscaría solo placer de caricias, bastaría con la ternura de la piel, acompañada la sexualidad con ternura, música, cantos, baile, no hay necesidad del acto consumado y así, probablemente habría un control sexual natural. Por ello, Rivas (2010) explica que, el erotismo no es necesariamente consustancial al amor, es más, pueden ambos presentarse separados.

Orozco (2004) explica que hoy en día, el erotismo ha perdido gran parte de su esencia, puesto que al identificarla con el sexo se encuentra más asociado con la pornografía. Suficiente es conocer los diferentes sitios de internet saturados con imágenes e invitaciones sugestivas para justificar dicha afirmación. Incluso, hemos dejado de entenderlo en su sentido pleno, como un vínculo de comunicación. Asimismo, se olvidó su poder imaginario y simbólico, se ha dejado de observar en la forma de vida de los seres humanos [..].

En la actualidad el aumento de la industria sexual mexicana se relaciona con los impresos de una revista de Play Boy entre la variedad de publicaciones de, para, sobre y con sexo que hay en cualquier puesto de periódicos en México; la relacionada con la compra y alquiler de videos pornográficos y funciones diurnas de películas clasificación XXX en distintos cines de la ciudad; la relacionada también con la diversa utilería o parafernalia que se puede encontrar no sólo en la sex shop de su preferencia o a las puertas del hogar con marcar un número telefónico: muñecas de plástico con atributos y nombres propios, consoladores para todo tipo gusto y ambos sexos, lencería fugaz y fantástica, pomadas y linimentos afrodisiacos, juegos eróticos de mesa, informática sexual con todo y acceso al cyberorgasm y todo lo necesario para una completa ortopedia sexual (Hernández & Jaime, 2003).

Aunque existen muchos artículos eróticos en las tiendas, también es posible erotizarse con artículos que se encuentran en casa, ya que el erotismo es un juego de creatividad en el que cualquier situación cotidiana u objeto es potencial para llevarla a

cabo, los únicos elementos importantes son: experimentar con los sentidos, eliminar prejuicios y miedos.

Por esta razón, Vargas y Pulido (2012) manifiesta que, el sujeto social tiene que reprimir sus pasiones y deseos para poder convivir y coexistir con la otredad, la sociedad le marca los límites y pasos a seguir para ser aceptado, reconocido y de cierta manera recomendado como un ser normal. Este eje rector de sus conductas, pensamientos y emociones, lo conduce y maneja su erotismo; por ello hay culturas en las que es posible hablar abiertamente de las manifestaciones y deseos amorosos, pues es algo que se respeta y exalta. En otras, por el contrario es un tema tabú en el que se toma como una práctica limitada a los adultos casados y que debe dejarse en el hogar, en lo privado (Vargas y Pulido, 2012).

Vargas y Pulido (2012) también explica que, se erotiza cualquier sensación o ambiente primero por medio de la mirada, por la vista se entra en contacto directo con las emociones: a través de las formas se percibe el mundo, los cuerpos, la sensualidad femenina y masculina; las asociaciones con elementos de la vida social y cotidiana no se hacen esperar.

El erotismo puede estar en cualquier lado, no tiene forma rígida, ni un solo objetivo. Las palabras seducen, los cuerpos atraen, las miradas conquistan, los anhelos se arrebatan, los colores se suavizan, las emociones se vibran; esto puede lograrse mediante el trabajo siempre desde dentro para tener un encuentro en el afuera, el poder erótico toma su fuerza y razón de existir de la capacidad creadora y sensitiva del ser en el que reside (Vargas y Pulido, 2012).

No obstante, Hernández & Jaime, (2003) manifiestan que de acuerdo con datos de una encuesta los mexicanos buscan mujeres con menor escolaridad que ellos y con más dinero. Por su parte, las mexicanas prefieren a los profesionistas con futuro y con sueldos superiores a los \$8,000.00. Aunque así sea, ninguno de los dos sexos plantea por escrito sus verdaderas intenciones en el matrimonio: prefieren escudarse en el término ambiguo de "relación estable".

De ésta manera, Alberoni (1988) declara que, estamos ante una diferencia fundamental entre el erotismo masculino y el femenino. Las formas del cuerpo, la belleza física, el encanto, la capacidad de seducción fomentan el erotismo masculino. No lo hacen el éxito social, el reconocimiento social, el poder. Si un hombre cuelga en su habitación la fotografía de Marilyn Monroe desnuda es porque se trata de una mujer desnuda bellísima, más aún, de la más bella del mundo. Junto a ella puede, entonces, colgar las fotografías de otras bellas mujeres desnudas y, en algunos casos, excitarse todavía más. Si un hombre tiene que elegir entre hacer el amor con una actriz famosa pero fea y una deliciosa chica desconocida, no dudara en elegir la segunda. Porque hace su elección con criterios eróticos personales.

En la mujer es distinto Mila Kundera (citado en Alberoni, 1998) dice: “Las mujeres no buscan a los hombres hermosos. Las mujeres buscan a los hombres que han tenido mujeres hermosas”. El erotismo femenino siente profunda influencia de la influencia del éxito, del reconocimiento social, del aplauso, del rol. El hombre quiere hacer el amor con una mujer bella y sensual. La mujer quiere hacer el amor con un astro, con una figura destacada, con aquel a quien las otras mujeres aman, con aquel que es el eje de la sociedad.

Como se observa las diferencias sexuales existen, aunque de acuerdo a las diferentes culturas, se da de manera distinta. Pero de manera inconsciente se ha caído en dos subculturas generales. Los objetos erotizadores de mujeres y hombres. Sanz (1991) explica que, las diferencias sexuales en la sociedad occidental no constituyen sólo diferencias biológicas sino que a través del proceso de socialización se constituyen dos cosmovisiones, dos grandes formas de vivenciarse y percibir el mundo, que es lo que llamó “subcultura masculina (M)” y la “subcultura femenina (F)”.

También se observa que, la posibilidad de que exista una cosmovisión femenina ni siquiera es contemplada. Sucede, en líneas generales, un fenómeno parecido al que ocurre entre los países colonizadores y colonizados. Los primeros parecen desconocer, no enterarse de los valores de los segundos, o en todo caso, son infravalorados al evaluarse con patrones de conducta ajenos a los propios (igual podría decirse cuando en un país no coexisten en términos de igualdad y respeto varias etnias). Incluso es frecuente que la gente colonizada pierda sus referencias de identidad y suscriba los valores ético-morales de la

colonización como un recurso de valoración personal o de supervivencia física o psíquica. Algo similar ocurre en el mundo occidental. Los términos de normalidad, las normas, etc., vienen impuestas por la sociedad patriarcal. Se desconoce el mundo de la mujer, ese mundo se ha ido creando a partir de esa diferenciación sexual, y que incluso las propias mujeres pueden desconocer, buscando su identidad en un paralelismo con el varón (Sanz, 1991).

3.2. Tabúes del erotismo

Para Bataille (citado en Mendoza, 2004), atribuir carácter de cosa implica que al uie n do ine al ob eto, pero “en la sexualidad es incluso donde no pode os ser reducidos, co o bueyes, a fuerza de traba o, instru ento, cosa”. evelar pues el carácter secreto del erotismo, implica alcanzar la intimidad como aquello que está profundamente en nosotros. Pero para ello, es necesario “dar, un rodeo por la cosa con la que aquella se disfraza”.

Hay que acudir a la experiencia y no tanto a su descripción concreta, sino a su representación en el Cristianis o co o “aspecto aldito”. El erotismo es una experiencia secreta que al sujeto le llega codificada socialmente bajo la forma de pecado. Y esta representación del erotismo en su relación con el mal constituye una de las razones más difundidas en el mundo moderno y cristiano de las relaciones sociales, pues la intimidad se asocia a ese aspecto diabólico y de vergüenza. (Mendoza, 2004)

Para Mendoza (2004), este es el punto de interés desde la sociología, es decir, la forma en la cual el sujeto social reconstruye mentalmente, bajo la forma de la conciencia, su realidad erótica. En este proceso de reconocimiento de sí frente al erotismo, la intimidad del hombre se le presenta como un problema porque es de acuerdo a esta concepción cristiana, como el individuo va a articular su vida íntima, sus miedos y sus prácticas, sus represiones y sus imágenes representadas, en una palabra, su mundo cotidiano sea éste interno o exterior.

Él erotismo no es una técnica, simplemente se trata de entregarse al placer, querer y poder hacerlo, frecuentemente la mujer se resiste, por muchas razones. Como las antes mencionadas, en dónde, la vergüenza, el miedo, y los tabúes solo le permiten avergonzarse de su propio cuerpo y placer.

Orozco (2004) recapitula que en el reciente Congreso de Terapia Sexual, Mitos y Realidades, celebrado en la ciudad de Puebla, en octubre de 2003, la mayoría de los sexólogos reunidos coincidieron en que las estadísticas son un reflejo de la cultura prevaleciente de represión del erotismo femenino. Indican que aunque las disfunciones sexuales pueden tener causas orgánicas (debido a alguna enfermedad o problemas hormonales), la generalidad tiene origen psicológico (por historias de vida) o una matriz social.

Además, precisa que para llegar al orgasmo basta con no tener miedo al placer y estar dispuesta a aprender el camino. De acuerdo a su experiencia y su particular punto de vista, el 75 por ciento de las mujeres en México no tienen orgasmos, aunque las estadísticas del Imesex indiquen que son el 40 por ciento (Orozco, 2004).

Por otro lado, algunas mujeres rechazan cualquier postura amorosa que no sea la clásica, con rapidez, monotonía y en la oscuridad, porque no quieren encontrarse con el placer de las caricias, temen ser juzgadas, tanto en las caricias dadas como en las recibidas. Cuando el hombre comienza los gestos preliminares, acaso ella acepta porque es "su deber", pero opone toda clase de resistencia a relajarse, a abandonarse, a sentir el placer, explica la sexóloga Paulina Millán.(citado en Orozco, 2004).

La represión de sus instintos en la exigencia del propio amor es la causa de numerosos conflictos. Este comportamiento represivo es la prueba de que, en el fondo, lo están deseando, pero no se atreven por su idea falsa o falseada de la sexualidad propia y de la ajena. Entonces, la primera zona erótica podría decirse que es la voluntad; o si se prefiere, el cerebro. Cuando ésta consienta, puede decirse igualmente que todo el cuerpo es erótico o puede serlo, para acariciar como para ser acariciado (Orozco, 2004)

De esta forma Orozco (2004) explica que, las experiencias más placenteras son las sensaciones que se obtienen por la exploración y tocamiento del propio cuerpo, y tienen lugar con mayor frecuencia en el caso de los hombres que en el de las mujeres. La razón natural se debe a que el hombre al orinar se familiariza con su miembro. Lo cual no ocurre con las mujeres, por ello es socialmente mal visto el acto masturbatorio en mujeres, mientras que en los hombres sólo se visualiza como un momento exploratorio del cuerpo. Resulta alarmante que todavía existan mujeres adultas que declaran nunca haber vencido el

temor a tocarse. Si no se palpan, ni conocen a sí mismas, ¿cómo esperar que sean capaces de establecer relaciones de iguales con sus compañeros? (Orozco, 2004)

3.3. Erotismo de la mujer

El estímulo del erotismo entre los géneros es diferente, palpable en cualquier puesto de revistas. Ahí, en un rincón, algo apartada, escondida, encontramos la pornografía hard core (la más fuerte, violenta y real); al lado y más a la vista los libros obscenos del Grupo Editorial Olímpia Press; después, en exhibición, las revistas eróticas como Playboy y Penthouse. Son publicaciones que, en general, las mujeres no compran, no miran, incluso llegan a provocar una sensación de malestar, desprecio o irritación. Al respecto Carmen - ama de casa de 35 años declara "a mí me da asco ver esas revistas cochinas, son para hombres depravados y sucios"(Orozco, 2004)

En la esquina opuesta del quiosco se exhibe la literatura rosa que leen las mujeres, las novelas de las editoriales Arlequín y Novedades, los libros de Delly, Liala o de Cartland. La imaginación de las féminas, afirma Francesco Alberoni, crea otros mitos, se alimenta con otras imágenes y otros hechos fantásticos. El erotismo femenino, encaminado al enamoramiento, se nutre con las revistas del Correo sentimental y las historias de amor de las estrellas; así como con las secciones de moda, maquillaje y del hogar de Cosmopolitan, Marie Claire y Vanidades, por citar algunas (Orozco, 2004).

Asimismo, Beatriz Faust en su escrito Sexo y pornografía, sostiene la teoría de que los perfumes, la ropa interior delicada, los corsés y tacones altos, constituyen en su totalidad un conjunto de estímulos con una fortísima carga auto erótica. Por el contrario, quienes comercializan la sexualidad, en su mayoría los hombres, siempre se ocupan de las zonas erógenas estereotipadas, como los senos, las nalgas, el pubis (Orozco, 2004).

Sin embargo, han pasado por alto la zona erógena femenina por excelencia la piel. En entrevista, la sexóloga Miriam Escudero, de la Facultad de Psicología de la UNAM señaló: "las mujeres sentimos, amamos y mostramos nuestro erotismo a través de la piel" (Orozco, 2004).

Amparando éste argumento, Sanz (1991) formula que les produce placer el cuerpo porque es algo que han desarrollado durante su proceso evolutivo en el contacto con otras

mujeres, sobre todo en la infancia y la adolescencia. El contacto ha sido, además de las fantasías eróticas, la forma en que la mujer ha podido vehiculizar su energía sexual y la ha desarrollado (Sanz, 1991).

Sanz (1991) expresa que, cuando hablamos de nuestra historia sexual, solemos fijarnos en las prácticas masturbatorias, en si ha habido agresiones sexuales, o en los juegos de “papás y aás”, pero con ésta visión parcial de la evolución sexual femenina se tiende a identificar de nuevo sexualidad igual a genitalidad, hábito aprendido del esquema masculino.

Aunque, hay muchas otras prácticas y juegos del colectivo de mujeres que parecen no tener implicaciones genitales sexuales (por eso se las permiten y son aceptadas socialmente) y que sin embargo preparan para el placer corporal y lo producen. (Sanz, 1991). No obstante, algunas se realizan tranquilamente en público (generalmente en el marco familiar). Otras son menos visibles aunque no necesariamente se dan a escondidas porque dichas actividades no son consideradas objeto de castigo (Sanz, 1991).

A continuación Sanz (1991), expresa algunos ejemplos de mujeres que llevan a cabo conductas de contacto, sin percibirlos: “esde que pusieron la televisión en casa, venían los domingos familiares a comer y a pasar la tarde. Durante la sobremesa veíamos la película. Las mujeres se sentaban en una parte, los hombres en otra, y hablaban entre ellos de política.

Yo me tumbaba colocando la cabeza en las piernas de una de mis tías, mientras todas veíamos la película de series de tintes románticos, ella me rascaba y acariciaba la cabeza con mucha lentitud, durante toda la película y parte de los programas siguientes. Estaba horas [...]”.

“Llevaba el pelo largo y estaba mucho que al una niña o adulta (madre, tía...) e hiciera pequeñas trencitas en todo el cabello. Cuando ya todo el pelo estaba así, les pedía que se las deshicieran una a una. Luego, que se las volvieran a hacer [...]. Y así hasta que ella se cansaba o pedía la reciprocidad” (Sanz, 1991).

Evidentemente se observa que existen, estos y otros muchos tipos de prácticas que son habituales en el mundo femenino y no en el masculino (Sanz, 1991). En dónde el

contacto, es el principal componente, pero éste tipo de prácticas son excluidas en el mundo masculino. Por ello, se considera que el contacto entre mujeres, ha desarrollado de manera diferente el tipo de erotismo, y la manera en que se desarrolla.

De hecho, esa puede ser una explicación de por qué la industria cosmética con sus múltiples productos (lociones, masajes, perfumes, bálsamos y baños) tiene tanto éxito entre el llamado sexo débil, pues está creado para satisfacer su erotismo. Asimismo, Alberoni (citado en Orozco, 2004) indica que además las mujeres son más sensibles al ritmo, la música y los sonidos. Maribel (empleada de 26 años) reafirma lo anterior: "Cuando escucho la canción Somos novios siento nostalgia del ayer. Deseo estar con mi esposo en la cama besándonos, acariciándonos y recordando los viejos tiempos de nuestra adolescencia" (Orozco, 2004).

No obstante Orozco (2004), expresa que el erotismo varonil es más visual, más genital, mientras que el femenino es más táctil, muscular y auditivo, más ligado a olores, a la piel y el contacto con el otro. Respecto al tema, Miriam Escudero precisó que estas diferencias se minimizan muy a menudo, obedeciendo a la división milenaria del trabajo entre los sexos y, en especial, a la dominación masculina. Ocurre un grave problema, al considerar que el placer femenino y masculino es parecido, pero es más grave, caer en estereotipos publicitarios, que nos convencen de que el placer sólo se da a través de un estímulo, como la pornografía.

Asimismo, Alberoni (1988) expresa que, la pornografía masculina y las novelas rosas siempre tuvieron algo en común. En el primer caso, hay una mujer bellísima que en la vida real no nos miraría siquiera, nos rechazaría o desearía que la invitáramos a un viaje a Tahití o a los hoteles de lujo, a los restaurantes más refinados. Después, nos pediría que la desposáramos. En la pornografía, en cambio, es inquieta, diligente, dispuesta, Por otro lado hay un hombre guapísimo, famoso, lleno de millones que en la vida real no nos miraría ni siquiera a una mujer, pero que le manda en cambio, cientos y cientos de cartas de amor, ramos de rosas, hace locuras y le pide que se case con él. Si se le rehúsan, insiste. Si lo rechazan, espera. Dos cosas increíbles e imposibles, pero igualmente excitantes para ambos sexos e igualmente incomprensibles para el sexo opuesto.

3.4. Utopía erótica

Algunas mujeres desarrollaron su sexualidad más libremente. Han sentido su piel acariciada, han trabajado su cuerpo y su culpa, indagando, descubriendo sus fuentes placenteras y su mapa erótico (Rivas, 2010). Aunque, la mujer en su relación con el varón nota: falta o escases de ternura, monotonía y rutina, escasez de caricias o limitación de éstas a tan sólo algunas partes del cuerpo, que son básicamente tres: boca, pechos y genitales; rapidez y brevedad en el encuentro; dificultad para comunicarse desde lo personal: es mirada como objeto sexual y no como persona (citado en Rivas, 2010).

Sin embargo como se ha mencionado, a las mujeres les produce mayor placer el contacto, continuo e intermitente, la rapidez les ocasiona problemas, ya que las hace sentir un objeto por su pareja. En la erótica del contacto, que nos habla Sanz, no surge ninguna clase de deseo genital: de masturbación, penetración, coito, etc.

De igual manera, García (2006) expone que, si se dejara a las mujeres conducir los actos eróticos, estos serían pausados, lentos, delicados, ya que el mundo de sensaciones recorre la piel por todos sus recovecos, busca la mirada para encontrar el alma del amante, es una experiencia de sensibilidad que se capta recorriendo la piel con las yemas, e incluso crea una atmósfera mágica, al expresar esa belleza estética desde la preparación de la comida, o crear un espacio agradable, ya sea a través de una tenue luz de velas o al usar ungüentos, lociones, cremas, sustancias que al recorrer la piel, permite que esta se llene de delicias eróticas que pueden incluso conducir al éxtasis. Si además, la experiencia erótica la atraviesa lo sagrado, poniéndose en comunión con las fuerzas del cosmos, entonces lo erótico llama a las diosas como Afrodita que pueden tocar el alma de los amantes, para hacerlos llegar a los campos más sublimes del placer.

La mujer sería dueña del acto sexual si se le permitiera seducir por medio del baile, de movimientos rítmicos, sensuales acompañados a una música que es rítmica y melodiosa, sus movimientos no han de ser compulsivos ni violentos, sino que la estética femenina para conducir al éxtasis del placer, tiene que ir acompañada de un ritmo suave y melódico (García, 2006). Así el pensamiento femenino quiere destacar que quizá resultará más importante los abrazos, las miradas, el encuentro de la ternura y quizá hasta la devoción por el amante, más que los encuentros genitales. El erotismo femenino precisa que le demos

espacio a los afectos y a la ternura del alma, pues incluso de esta manera vamos a conseguir verdades místicas (García, 2006).

A través de los años, las mujeres han buscado su placer a través del erotismo masculino, ya que al encontrarse desinformadas, tienden a identificarse, con ésta clase de placer a través de lo genital, sin darse cuenta, que la pornografía femenina, se encuentra en la vida cotidiana, a través de pequeños placeres. De eso se trata la utopía erótica, de cambiar éste pensamiento, creencias y roles. Y poder descubrir las maneras en que se puede experimentar placer y recibirlo. Y así a través de la autoconsciencia, crear un mapa erótico. Rivas (2010) reitera que, a medida que se desarrolla un mapa erótico, se producen interconexiones corporales que permiten sentir los genitales a través de la estimulación de cualquier parte del cuerpo, y sobre todo existe deseo erótico.

Las personas dotadas de una gran carga erótica viven así su sexualidad. Más dan, más reciben. Este erotismo generoso, si bien está íntimamente ligado con el enamoramiento y la pasión, se puede presentar, en algunos casos, con una característica ligera, alegre, sensual. No necesita estar fijo en un objeto, lo excitan nuevas formas, nuevos cuerpos, la novedad. Se apoya en la gran excitabilidad de todos los sentidos, la vista, el oído, el olfato, pero también el tacto, la sensibilidad muscular, cutánea. Responde a los menores estímulos, a las señales más débiles. Descifra el más leve intento de seducción, lo distingue aunque esté oculto y le responde sin demora. Por eso hace brotar el erotismo a su alrededor, porque lo reconoce, le da su sonrisa, su impulso, su seguridad y su energía. La gente así ama la vida, ama el placer, en todas sus manifestaciones. Si se trata de un hombre, encuentra algo bello y excitante en todas las mujeres. Si se trata de una mujer, identifica enseguida al hombre que le gusta y se regocija si puede hacerse desear enseguida. El hombre rodea a la mujer con su deseo hasta hacerla vibrar. La mujer se abandona al placer de la seducción y de ser seducida (op.cit.)(Rivas, 2010)

Para Alberoni (1988) el gran erotismo, el verdadero, solo se presenta cuándo este evento se realiza. Cuando cada uno hace exactamente lo que le gusta y ésta haciendo, no obstante, lo que le gusta al otro. Es un error concebir el erotismo como una forma de intercambio, en la que cada uno concede algo al otro. Es un error concebir el erotismo como una forma de intercambio, en la que cada uno concede algo al otro para obtener de él

aquello que le agrada, El arte erótico no es el arte de dar placer para recibir otro en cambio. El erotismo sublime es la expansión del propio erotismo y, a un tiempo, la identificación con el erotismo del otro y la capacidad de tomarlo para sí.

Se puede entonces concluir que el erotismo femenino requiere de unos procesos psíquicos que se han olvidado en la cultura de occidente, los cuales tiene que ver con las dimensiones del alma femenina, que no buscan solo un placer pasajero del cuerpo, que no se basa exclusivamente en el placer de las zonas genitales, pues principalmente lo que buscan las mujeres es un amor erótico, lo cual supone encuentro de las almas (García, 2006). Por eso es importante entender que la satisfacción erótica requiere de un tiempo anímico, si llegásemos a entender las vinculaciones del alma con el cuerpo, es posible que deje de existir miseria sexual; pues la miseria consiste en que desvinculamos al cuerpo del alma, y entonces mucho de la sexualidad humana se basa en perseguir un desahogo que en nada nos satisface pues las parejas quedan vacías (García, 2006). Así mismo, este autor considera, en este sentido, es necesario percatarnos que el tiempo presente requiere urgentemente que dimensionemos al alma, es decir que alimentemos al alma, incluso para que el cuerpo llegue al máximo placer que no consiste en el orgasmo, sino en poder obtener el éxtasis.

4. SEXUALIDAD Y EROTISMO EN MUJERES MEXICANAS CON CÁNCER DE MAMA.

4.1. El cáncer como una nueva visión de mí

El cáncer de mama supone una vivencia muy profunda, cargada de sentimientos: la negatividad hacia la propia enfermedad, la alteración de la propia imagen corporal, la angustia, la desesperación y la incertidumbre son algunas situaciones por las que la persona que la padece deberá afrontar creando estrategias apropiadas a cada proceso (Suárez, 2002, citado en Solano, 2005). Existe una gran cantidad de cambios, cuando la mujer es diagnosticada, y que como se ha mencionado afectan su vida cotidiana. Este proceso de enfermedad trae consigo una transformación en la vida de la paciente. A continuación se muestra la percepción de algunas mujeres a estos cambios.

Vargas y Pulido (2012) expresan que, las mujeres con cáncer de seno, cuando se les confirma el diagnóstico experimentan emociones contradictorias producto de una dura realidad para lo cual no se encuentran preparadas y viven momentos llenos de desesperación y es ahí donde el impacto inesperado del cáncer de mama, desencadena el temor a la muerte, es un choque anímico en donde la ignorancia de lo que significa tener cáncer de mama, provoca rechazo siendo en este punto el inicio del temor a fallecer como desenlace del conflicto interno que experimentan en ese momento[...]. “No quería decirle a nadie lo que estaba pasando, solo que iba a estar en tratamiento porque mi familia comienza a llorar y lo hacen muy grande. Además yo no quiero que se preocupen por mí y se pongan a hablar como si me fuera a morir”. (Montero y Nieves, 2014).

Se observa que no solo existe el temor a la muerte por parte de la mujer que adquirió la enfermedad sino también por los familiares, debido a que se tiene la creencia de que el cáncer determina la muerte. Y junto a esta creencia existen miedos respecto al futuro de la familia y el propio futuro.

De esta forma Vargas y Pulido (2012) explican que mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, son el sostén del hogar, pero este se ve amenazado por el proceso de la enfermedad y temen dejar el hogar sin la figura materna. “Me preocupaba lo que le pasaría a mis hijos y esposo, lloré mucho y no podía dormir, me fui para el otro cuarto para no

olest ar a mi esposo, todo lo que me pasó fue por tener intoxicado el cuerpo” (Montero y Nieves, 2014).

También pueden mostrar frustración o culpabilidad al sentir amenazado el bienestar familiar. Aunque el cambio no solo ocurre en la dinámica familiar, por el cambio de roles del hogar, ya que los tratamientos agresivos modifican el cuerpo y el humor de los pacientes, especialmente el cáncer de mama.

Vargas y Pulido (2012), mencionan que, la mastectomía radical ocasiona en la paciente pérdida de su femineidad. Por consiguiente, las mujeres con cáncer de mama experimentan durante el tratamiento diferentes momentos acompañados de incertidumbre, cambio en su imagen corporal percibidas como mutilaciones y desfiguración [...]. A continuación se muestran opiniones respecto a la mastectomía.

I:2 E1: “Bueno uno se mira al espejo y se ve horrible, se ve mutilado, como una vez que me dijo un niño, ¡me dijo uy profesora usted parece una mutante! no me había percatado de que yo no tenía la bolsita o la prótesis que uno se pone, ahora mis blusas son tapaditas, con cuellos más altos no se pueden colocar vestidos ni blusas destapadas”(Vargas y Pulido, 2012, pp. 72).

“ después de terminar el tratamiento no he sido capaz de mirarme directamente en el espejo, no tengo todavía la valentía de verme... lo más impactante fue verme sin pelo. Me puedo mirar con la prótesis, pero me molesta que se note la diferencia, cuando me sacaron el seno no me gustaba mi cuerpo pero ya me acostumbre ¿qué más puedo hacer?”(Montero y Nieves, 2014, pp. 78).

En las situaciones anteriores las dos mujeres muestran un rechazo por su cuerpo después de la mastectomía, a pesar de los intentos de reconstruir el seno extirpado, temen que sus conocidos noten la diferencia o puedan hacer comentarios respecto a estos cambios. Es posible que los estereotipos femeninos que prevalecen y que significan el cuerpo de la mujer con senos y cabello largo, las presionen a reconstruir su cuerpo a través de prótesis e implantes, para seguir formando parte de la sociedad como mujeres. De estos cambios corporales y del tratamiento es modificada la vida sexual.

Así Vargas y Pulido, (2012) enuncian que el arduo tratamiento oncológico altera el ritmo de vida sexual y conyugal en las mujeres con cáncer de seno, el cual compromete varios aspectos como biológicos, psicológicos y sociales que envuelven la vida de estas mujeres que va más allá de la finalidad productiva [...]. Como se muestra en las siguientes experiencias.

I:IE1: “Él no era así, yo siento que después de eso él cambió... sí, por la indiferencia y hemos estado por separarnos, porque yo digo ... que yo no quiero más nada con él.” (Vargas y Pulido, 2012, pp. 73).

“Él era comprensivo con mí y considerado, se comprometió cuando me vio por primera vez, empezamos a hablar menos porque yo no quería y menos relaciones sexuales aunque estaban bien, me daba vergüenza al principio, no quería que me tocara el pecho. Hace año y medio termine la relación con mi novio, yo no quería amarrar a mí a una persona, sería como condenarlo a no tener una familia, no quiero tener compromisos con nadie uno nunca sabe cuándo esto volverá” (Montero y Nieves, 2014, pp. 78).

Durante el proceso del cáncer de mama las mujeres se enfrentan con diversas inseguridades hacia el cuerpo o su futuro, que pueden modificar la dinámica de pareja. Sin embargo el contraer cáncer mamario no finaliza su sexualidad, ya que como se menciona en las experiencias anteriores, es posible continuar con la vida sexual. Es importante entender que la pareja juega también un papel importante como apoyo social, junto con familiares, instituciones u otros medios, que permitirá a la mujer con cáncer tener mayor confianza y seguridad en su tratamiento

Vargas y Pulido (2012) reportan que en muchos estudios se menciona que el acercamiento a mujeres con diagnósticos similares permite un mayor esparcimiento. Aunque también el acercamiento a dios es oportuno. Ya que la vida espiritual proporciona un mecanismo de esperanza para la sanación en cada una de las informantes; se evidenció que la religión es muy importante porque representa una esperanza para la salud y de apego a la vida. Como se menciona en los siguientes diálogos.

” Estoy más arraada a los, e di cuenta que quien tenía que cambiar era yo, era fiestera y e i portaban las cosas ateriales ás que las espirituales”. (Montero y Nieves, 2014, pp. 77).

“El apoyo que recibí fue de i fa i lia, el pastor, las u eres de cáncer fui a unas charlas en el hospital que el médico me mando. Tengo muchos ángeles a mi alrededor, personas que Dios me ha puesto por delante amistades... nunca estuve sola”. (Montero y Nieves, 2014, pp. 80).

Así las mujeres que reciben apoyo espiritual y emocional podrían adaptarse más rápidamente a los cambios e incluso disminuir su ansiedad al desenlace de la enfermedad. La adaptación se vuelve un paso importante al enfrentar el cáncer de mama, ya que el aceptar los cambios y nuevos estilos de vida, ayudara a actuar eficazmente en el tratamiento, así como trabajar en su calidad de vida.

Bretado (2016) en su estudio afirma que, la experiencia de la enfermedad añadió algunas nuevas dimensiones a la vida de las mujeres. La cercanía a la muerte inspiró a las mujeres en este estudio a trabajar activamente en el proceso de sanación con el objetivo de seguir viviendo una vida valiosa. Se destacó la importancia de vivir en armonía con la naturaleza. A través de la experiencia de padecer cáncer de mama, las mujeres adquirieron nuevas perspectivas de vida, se dieron cuenta de que la vida valía la pena luchar y que era para ser disfrutada y no para darse por vencidas. La armonía en la vida es esencial y la confirmación de los otros es crucial. Las mujeres en el estudio demostraron que los seres humanos siempre tienen la posibilidad de decidir conscientemente por sí mismos; las mujeres decidieron luchar contra la amenaza de la muerte y adoptaron una actitud positiva hacia la vida; introdujeron cambios radicales en sus vidas, al comenzar a centrarse en vivir una vida sana, al respetar sus propias prioridades, para resolver asuntos importantes en relación con los otros y valorar nuevas dimensiones de la vida.

4.2. Consecuencias psicológicas y físicas

Para Die (2015) el cáncer o sus tratamientos pueden afectar la sexualidad de la mujer que lo padece a través de cuatro vías principales:

1. Produciendo problemas físicos que impiden dar y recibir placer sexual;
2. Produciendo alteraciones en la imagen corporal, ya descritas anteriormente;
3. Generando sentimientos tales como el miedo, la angustia, la tristeza, etc., que pueden interferir con una respuesta sexual adecuada, y/o
4. Produciendo modificaciones en los roles y relaciones que mantiene la paciente.

De esta manera Die (2015) explica que, la relación entre estas cuatro áreas es de tal importancia que si se altera una, pueden verse afectadas las demás. En el caso del cáncer de mama, la pérdida de una mama o de una parte de ella puede dañar significativamente el sentido de atractivo que siente una mujer. Las mamas y los pezones son una fuente de placer para la mujer y perderlos puede resultar una experiencia traumática para algunas. Algunas mujeres mastectomizadas sufren dolores de espalda tras la cirugía y han de utilizar almohadas para acomodarse durante la relación sexual. Ni el cáncer de mama per se, ni su tratamiento con cirugía o radioterapia deben producir alteraciones en el deseo sexual ni reducir su capacidad para lubricar, tener sensaciones genitales placenteras o alcanzar un orgasmo. Son más bien factores psicológicos y el significado que se le atribuye a la mama (femineidad, capacidad reproductora, maternidad, atractivo, etc.), junto a algunos efectos secundarios de la quimioterapia y hormonoterapia (cuando se tengan que administrar), los que pueden alterar la respuesta sexual. Las cirugías reconstructoras suelen aliviar los efectos psicológicos del tratamiento quirúrgico en las mujeres que se someten a ellas.

Estas secuelas tienen difícil tratamiento en ocasiones, especialmente cuando la administración de estrógenos está contraindicada por el tipo de tumor diagnosticado. El cansancio, las náuseas y vómitos, la diarrea y la irritación de la piel irradiada secundarios a la administración de radioterapia afectan adversamente al funcionamiento sexual de la mujer que recibe este tratamiento, que puede provocar disfunciones sexuales prolongadas, exámenes vaginales dolorosos, dispareunia e infertilidad. Los cambios producidos por la radioterapia en la función sexual suelen ser lentos y pueden mejorar con el paso del tiempo (Diaz Morfa, 2008, citado en Die, 2015)

Las alteraciones de la imagen corporal secundarias a la enfermedad pueden también afectar significativamente a la función sexual, como se ha descrito previamente. El dolor puede producir una disminución del deseo sexual, tanto si es dolor experimentado en los genitales durante el coito como si es dolor en un órgano no sexual del cuerpo. Asimismo, el dolor puede distraer de la sensación placentera durante el contacto sexual. Tal es el caso de mujeres que sufren linfedema con las consecuentes molestias en el brazo tras haber sufrido una mastectomía. (Die, 2015)

Die Trill (2006, citado en Die, 2015) hace mención al papel que juegan la cercanía afectiva y la intimidad en la adaptación sexual está siendo cada vez más reconocido en Oncología. Existe evidencia de que para las mujeres, la satisfacción sexual está más fuertemente asociada con los aspectos íntimos de su interacción sexual que con el coito per se [...].

El lugar que ocupan las parejas de las mujeres en cualquier etapa de la enfermedad se vuelve fundamental debido a que, a las alteraciones sexuales secundarias al tratamiento oncológico le suelen acompañar sentimientos de depresión, angustia, tristeza, y ansiedad que se unen a los temores y preocupaciones propios de una enfermedad que amenaza la vida. La pérdida del deseo sexual y la reducción en las sensaciones placenteras son propias de los trastornos depresivos. Los cuadros ansiosos interfieren igualmente en el funcionamiento sexual. De ahí la importancia de valorar ambos y de identificar su papel en la alteración sexual que experimenta el paciente (Tabano, Condosta y Coons, 2002, citado en Die, 2015)

Torner, (2011) manifiesta que, los problemas sexuales después de un tratamiento por cáncer se presentan tan pronto como la paciente retoma las relaciones sexuales. Sin embargo, las mujeres ante un diagnóstico de cáncer de mama y del tratamiento del mismo, no se suelen preocupar por la sexualidad a priori ya que se priorizan otros aspectos como la amenaza a la vida del cáncer. Por ese motivo, antes de las operaciones quirúrgicas pocas mujeres se plantean cómo va a afectar esta operación a sus relaciones sexuales. Pero después de la intervención quirúrgica un porcentaje elevado de mujeres, aproximadamente un 50%, evita cualquier tipo de relación sexual con su pareja. La vergüenza y el temor al rechazo ocasionan una evitación del sexo o en el caso de que se mantengan relaciones

sexuales la paciente opta por ser poco espontánea ya que está pendiente todo el rato de ocultar o taparse los senos. En muchas ocasiones predomina la pasividad sexual de la mujer, con importantes dificultades para alcanzar el orgasmo incluso en ocasiones se produce una importante aversión al sexo. Por otra parte, las mujeres pueden evitar recibir caricias en los pechos ni en los pezones.

En definitiva, para Torner (2011), distintos estudios longitudinales han demostrado que entre el 30% y el 40% de las mujeres con cáncer de mama presentan diferentes dificultades y 200 trastornos sexuales como: disminución del deseo sexual, descenso de la frecuencia de las relaciones sexuales, aversión al sexo, trastornos de la excitación, trastornos orgásmicos, etc. Como se puede observar es un importante porcentaje de pacientes. Estos problemas pueden llegar a durar en el tiempo (1-2 años después del tratamiento) o llegar incluso a cronificarse. Consecuentemente, los psicooncólogos han de valorar esta problemática y diseñar una intervención psicológica apropiada [...].

Estos trastornos sexuales no sólo se encuentran relacionados a la enfermedad, ya que la sociedad también juega un papel importante en la aceptación o rechazo de la enfermedad. Torner (2011) manifiesta que la vergüenza y el temor al rechazo se pueden dar no sólo con la pareja, sino con los familiares y amigos. Esto conlleva que la paciente evite las relaciones sociales y se aisle. Además, la paciente puede evitar mirarse al espejo, llevar ropa ancha que disimule el pecho, preguntar todo el rato si se nota algo, llegando incluso a conductas obsesivas. El apoyo social de los familiares y amigos con muestras de aceptación de la nueva imagen corporal con contacto físico sobre todo, resulta de vital importancia para que la paciente pueda volver a su círculo social y deje de aislarse. El impacto psicológico que tiene la enfermedad puede producir ansiedad, insatisfacción, hostilidad, frustración, etc.

Se puede entender entonces, que el cáncer de mama no produce disfunciones en la mujer que lo padece, sin embargo los problemas sexuales pueden aparecer como consecuencia de distintos aspectos relacionados con la enfermedad. Ya que el cansancio, la vergüenza, el temor al rechazo, así como las consecuencias de los tratamientos son factores que afectan la sexualidad de las mujeres, dependiendo también la etapa de la enfermedad como el tipo de tratamiento empleado.

4.3. Problemas del erotismo en pacientes con cáncer

En opinión de Polo (2000, citado en Tamblay y Bañados, 2004), como efectos colaterales a la sintomatología y tratamiento del cáncer, se puede producir dentro de la pareja una alteración de la comunicación, de la afectividad y de la sexualidad. El deseo de intimidad y de ser un buen amante son necesidades universales muy comprometidas cuando hay una incapacidad física. La mutilación corporal, el dolor, la insuficiencia sensorial, la incontinencia, etc. crean dificultades en la expresión corporal de los afectos y en la sexualidad, obligando a buscar alternativas. Otorgar la información adecuada a la pareja es imprescindible para una buena comunicación y favorece un mejor afrontamiento de los problemas emocionales y psicosociales que ocasiona el cáncer (Friedman, Baer, Nelson y cols., 1988, Ponte, Holmberg y cols., 1992, citados en Tamblay y Bañados, 2004)

Para Tamblay y Bañados, (2004) son muchas las similitudes entre los problemas sexuales de las personas sanas y los de los enfermos con cáncer, pero hay algunas diferencias evidentes. En primer lugar, los problemas de los enfermos con cáncer tienen un comienzo típicamente agudo y surgen inmediatamente después del tratamiento. Antes de su diagnóstico, casi todos ellos tenían una adaptación sexual satisfactoria. El patrón clínico habitual de aparición de los problemas sexuales después de un tratamiento por cáncer es que éstos se presentan tan pronto como el paciente reanuda las relaciones sexuales. Esta brusquedad y, en algunos casos, la intensidad de las dificultades, son angustiosas. Además, la angustia puede ser aún mayor si el personal sanitario no ha advertido previamente al enfermo sobre la posibilidad o naturaleza de estos problemas.

En segundo lugar, las dificultades sexuales de los pacientes con cáncer suelen ser generalizadas, con alteraciones importantes en la frecuencia o en el abanico de la conducta sexual e interrupción de más de una fase del ciclo de respuesta sexual. Debido a ello algunos pacientes pueden mostrar temor ante cualquier actividad sexual. Por el contrario, las dificultades sexuales de las personas sanas tienen mayores probabilidades de ser circunscriptas y pueden ser intensas en una fase (p.e. alteración orgásmica) pero conservan total o casi totalmente las demás fases. (Tamblay y Bañados, 2004).

Aunque los autores mencionan que existe mayor afectación en los ciclos de respuesta sexual de las personas con cáncer, se debe interrogar también la vida sexual

previa al diagnóstico, conocer problemas previos así como problemas existentes. Ya que las dificultades surgen al reanudarse las relaciones sexuales después del tratamiento. Es necesario conocer limitaciones actuales y plantear alternativas que se ajusten a cada caso. No es necesario el acto sexual a través del roce genital, ya que el erotismo como alternativa, plantea que es posible llegar al orgasmo a con fantasías, baile, música o a través de los sentidos.

Prueba de esto es lo que Sanz (1991) nos dice, al mencionar que, hay zonas de mayor o menor extensión que están muy conectados a la genitalidad y favorecen ese tipo de excitación [...]. Estas zonas pueden ser tocadas a diferentes ritos y ser coleccionado con algún tipo de música favorita u olor. Es posible crear escenarios que les permita experimentar su sexualidad de distinta manera, sin embargo es necesario detectar las resistencias existentes.

Las resistencias pueden estar relacionadas con inseguridades físicas y psicológicas provenientes de la enfermedad o resistencias ya existentes. El trabajar con la autoaceptación, permitirá una mayor apertura y expresión sexual. De ésta manera Sanz, (1991) expresa que la autoaceptación tiene dos vertientes:

1. Reconocimiento de aquello que se aprecia en una/o misma/o y valorarse por ello como forma de quererse y reconocerse como merecedor/a de cariño y consideración personal y social.
2. El reconocimiento y aceptación de aquellos aspectos nuestros o de los demás que no nos gustan.

Habitualmente cuando estamos experimentando algo que nos parece censurable, reprochable, negativo, que nos produce miedo, cólera, etc., tendemos a “cortarlo”, a tratar de anular la sensación o el sentimiento que provoca, o engañarnos, inconscientemente, sobre ella. Por ejemplo, al sentir cólera a veces se teme reconocerla y expresarla por miedo a molestar y ser abandonadas/os afectivamente, con lo que pretendemos eliminar la angustia, aunque ésta realmente no se resuelve (Sanz, 1991). Es importante trabajar en reconocer las resistencias existentes en las mujeres con cáncer de mama. Ya que la

aceptación de dichos cambios permite la adaptación de propuestas que mejoren la expresión sexual.

4.4. Importancia de la pareja en el proceso

Saucedo (2014) expone que, hasta hace unos años, las mujeres con cáncer de mama se enfrentaban solas a los problemas derivados de la enfermedad que afectan a la vida en pareja. Sin embargo, poco a poco el hombre se ha ido involucrando en todo el proceso de la enfermedad, tanto en lo relativo a aspectos médicos propios del tratamiento como en lo referente a la aceptación de cambios físicos. Ante la nueva situación familiar, el varón debe empezar a asumir nuevas responsabilidades que, antes de irrumpir el cáncer de mama en la unidad familiar, venía desempeñando la paciente. La pareja es el ámbito donde la mayoría de las personas pueden gratificar sus más variadas necesidades. La protección efectiva de la pareja da fuerza para sobrevivir a la implacable exigencia del mundo exterior al igual que cuando la mujer enfrenta cáncer de mama. El clima de confianza y seguridad en la pareja es un crisol donde las ineludibles diferencias y desacuerdos se pueden transformar en un estímulo para crecer y desarrollarse. Cuando los miembros de la pareja se sienten protegidos en ella, cuentan con el mejor antídoto para contrarrestar la tensión y sufrimiento que esta patología representa.

También Saucedo (2014), menciona que cada relación se pone a prueba con el Cáncer de mama. No hay dudas de que la enfermedad ocasiona una gran cantidad de estrés a cada miembro de la relación. Al igual que su recuperación de los efectos físicos del cáncer de mama, su relación probablemente se esté recuperando de los efectos emocionales de la enfermedad. A pesar de ser evidente la afectación de la pareja que acompaña al enfermo de cáncer, se presta mayor atención al enfermo. Sin embargo es necesario mencionar los efectos que la enfermedad tiene en la pareja del enfermo.

Se observa que con frecuencia las parejas se sienten culpables y preocupadas por sus propias emociones e inquietudes, pensando que no deberían sentirse como se sienten porque es su pareja la que tiene cáncer. También es común que las parejas se sientan impotentes y que nieguen sus sentimientos. Con frecuencia los hombres consideran que es importante que ellos "sean fuertes" para su pareja y podrían sentirse frustrados por no poder

"arreglar" la situación. Es sumamente difícil pero importante que las parejas se den cuenta que tienen que abordar sus propias necesidades e inquietudes para poder apoyar mejor a su pareja con cáncer de mama (Gallardo, 2010).

De esta manera Torner (2011) expresa que, las parejas de estas mujeres también experimentan una serie de reacciones emocionales entre ellas el estrés. Haber et al. (2000 citado en Torner, 2011) explican que muchas de estas reacciones tienen un trasfondo cultural, ya que la mujer, sobre todo en las parejas mayores, suele ser la única confidente del hombre y la enfermedad cambia esta relación. Para Torner, (2011), algunas de las reacciones emocionales más comunes son:

- Aislamiento emocional: Los hombres comparten sus necesidades emocionales y sociales con su pareja. Cuando ésta presenta cáncer de mama, se pueden sentir aislados y experimentar síntomas como ansiedad, falta de concentración, trastornos del sueño o fatiga.
- Inversión de papeles: Ahora es la pareja la que ha de cuidar de la enferma de cáncer y eso puede provocar una inversión de roles. La pareja adquiere nuevas responsabilidades domésticas y de cuidado de su mujer con cáncer, que pueden ocasionar que se sienta incompetente, irritado o abrumado.
- Indiferencia emocional: Puede que la pareja no se siente capacitada para afrontar las reacciones de la mujer enferma y no responda a las necesidades de ésta.
- Tipo de comunicación: Muchas veces las parejas tienen miedo o ansiedad ante el hecho de hablar de la enfermedad porque creen que agravarán el estado de la enferma. Por ese motivo, pueden cambiar de conversación cuando se alude al tema. Este hecho puede llevar a la mujer a pensar de que su pareja está trivializando la importancia de su enfermedad y puede no sentirse apoyada emocionalmente.
- Fantasías sobre la muerte: Como cuidador principal, la pareja puede desear que el problema termine o bien con la curación de su pareja o bien con su muerte. Como psicólogos hemos de trabajar sobre esos sentimientos ya que la pareja puede sentirse mal por tener estos pensamientos cuando pueden ser los habituales en las personas que cuidan de un enfermo crónico.

En México, diGirolamo y Salgado de Snyder (2008, citado en Moreno, Lara y Alvarado, 2014) señalan que es importante, el tomar en cuenta que la mujer, como madre es una pieza muy importante en la familia mexicana, por el papel que desempeña en la educación, cuidados, bienestar social y físico de cada uno de los integrantes (esta situación se agudiza en una vida rural, porque aquí la mujer también está con la responsabilidad de proveer económicamente su familia y casa). En cambio el papel de la pareja es principalmente ser el sustento económico del hogar, habiendo poca interacción entre él y su familia.

Es por esta razón el cáncer de mama al disminuir la energía de la mujer que lo padece, obliga a la pareja a realizar actividades de las que antes la mujer se encargaba. Además de sufrir miedo, ansiedad y fatiga al volverse el cuidador principal de su pareja. Son grandes las afectaciones que se dan en ambos miembros de la pareja, así como en la relación, es importante la comunicación para poder solucionar los problemas que surjan, aunque cada tipo de afrontamiento dependerá de las estrategias que se desarrollen para la solución de problemas. Se debe actuar en equipo, no sólo para resolver los problemas relacionados con la enfermedad sino también trabajar en fortalecer la relación de pareja.

De esta forma aunque los compañeros son importantes aliados de lucha para la mujer con cáncer, también el desgaste emocional y físico en ellos es grande. En ocasiones se presta mayor importancia al paciente, sin darse cuenta de que, la pareja requiere tratamiento. El tratamiento psicológico es fundamental para ambos, ya que el cuidador también requiere comprensión. Remondes (2015) explica que los compañeros desempeñan un papel importante en toda la trayectoria de la enfermedad, diurna y nocturna. Se revelan igualmente fundamentales en la relación de la mujer con el cuerpo, corporalidad, feminidad y sexualidad, en la adaptación a las alteraciones en el cuerpo e imagen corporal, resultantes de los tratamientos del cáncer de mama.

La manera cómo la pareja conversa sobre el asunto, y cómo piensan juntos estrategias de aminorar eventuales pérdidas, continuando con una relación íntima y sexual satisfactoria, es determinante. De eso depende poder mantener la integridad corporal y psíquica de la mujer después de la enfermedad. Constatamos esto en las siguientes palabras dichas antes de la cirugía: “¡ a i no có o e voy a arre lar”, “Cuando estoy en pi a a e

...a i no ya sin la ...a, para ir e habituando”, “Ta bién ya conversé sobre el asunto con ...i arido” (caso 2). Y después de la ...astecto ía: “No ten o co ple os. Hablé con ...i marido sobre eso y me siento muy tranquila. Él estaba muy preocupado con ...i o...” (Re ondes, 2015).

Tamblay y Bañados (2004) finalmente explican que, el apoyo social cuando es eficiente, tanto por parte de la pareja, de la familia, de los amigos, de las instituciones sociales, ha de encaminarse en el sentido de respetar la autonomía del paciente, su autodeterminación, su sentido de autogobierno, de productividad social y de autoeficacia en el afrontamiento del cáncer. Esto puede producirse aun en etapas avanzadas y terminal de la enfermedad. Y que dentro de la red de apoyo, la pareja juega un rol crucial en su alta capacidad de influenciar el nivel de estrés, ajuste a la enfermedad y calidad de vida de la paciente, sin embargo, a un alto costo psicológico que parece deberse al género y a la percepción de llegar al límite de la capacidad de ofrecer soporte.

4.5. Sexualidad y cáncer como entes compatibles: Propuestas.

El cáncer de mama causa diversas afectaciones de manera psicológica y física, que al reanudar las relaciones sexuales desencadena conflictos en las parejas, algunas parejas buscan solucionar estos problemas por distintos medios. Sin embargo se afirma que el tratamiento de los problemas sexuales en los pacientes con cáncer depende de los factores causales interactuantes e incluye procedimientos como el consejo sexual breve, educación sexual, métodos para cambio de actitudes, consejos para recuperar el funcionamiento sexual con la pareja asociados a ejercicios, técnicas de minimización de las limitaciones físicas y de resolución de conflictos maritales, terapia sexual intensiva bajo entrenamiento, etcétera (Grau, Llantá, Chacón y Fleites, 1999).

Justamente, la terapéutica sexual formal incluye habitualmente intervenciones rápidas, dirigidas al control de síntomas, y en ella participa la pareja. En ella son asignadas determinadas tareas a los pacientes, que incluyen ejercicios de focalización sensorial y búsqueda de otras técnicas sexuales que resulten efectivas para revertir disfunciones específicas. El manejo de la comunicación marital y el bienestar psicológico individual constituyen a menudo parte importante del tratamiento. Las técnicas de terapia sexual,

combinadas con técnicas cognitivo-conductuales, como la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en nuevas habilidades de afrontamiento, que han sido usadas en otras enfermedades crónicas, pueden ser útiles en el tratamiento de las disfunciones sexuales relacionadas con el cáncer, en función de los resultados de la rehabilitación médica o quirúrgica, como en las reconstrucciones mamarias o el tratamiento de disfunciones eréctiles con alto peso de los componentes orgánicos (Grau et al., 1999).

La importancia de estrategias cognitivo surge al permitir a la paciente reconocer sus emociones y si lo decide, reestructurar las creencias de las emociones que influyen en su bajo rendimiento sexual. Los resultados de estas estrategias van dirigidos a mejorar la tomar de decisiones de su cuerpo y sexualidad.

Desde este argumento, el erotismo se plantea como alternativa para mejorar las relaciones sexuales, debido a que independientemente del grado de la enfermedad es posible reanudar la intimidad a través de estímulos sensoriales que exalten e incentiven el placer. Aunque se recomienda evaluar las zonas corporales afectadas, debido a las lesiones o quemaduras que pueden presentar, consecuencia de la radioterapia. Se puede empezar con ejercicios individuales e incluso utilizar otras herramientas como la música, el baile, o fantasías. La biblioterapia es una alternativa para sensibilizarse al tema.

Arias, Míguez, Molfino y Rega (2000) plantean al libro como uno de esos recursos válidos. Se trata de la utilización terapéutica del libro, o sea de la biblioterapia, pero tomando por tal (libro) a "toda letra escrita". El valor de la palabra queda planteado debido a la relación de intimidad que se establece entre el lector y la lectura permitiendo un efecto catalizador. [...]. En esta circunstancia se posibilita en la persona "el darse cuenta", como encarnación de un valor. Esta es la repuesta del porqué de la biblioterapia. La lectura es un elemento que permite no sólo conocer el erotismo como concepto, sino experimentarlo a través de la imaginación.

Junto a esta técnica, de sensibilización también se complementan audios, videos y películas que acercan a la mujer a experimentar sensaciones y cómo la biblioterapia también pueden ayudar a las personas a darse cuenta de las sensaciones provocadas en su cuerpo. Los videos sin ser del tipo pornográfico, deben buscar estimular la mente para aumentar el deseo sexual.

No obstante estos elementos no son suficientes para estimular el erotismo, debido a que el cáncer de mama tiene efectos en la percepción que tienen las mujeres de sí mismas y su cuerpo a partir del diagnóstico, en dónde surgen pensamientos y sentimientos acerca de sus cambios físicos.

Por esta razón se propone trabajar paralelamente con técnicas cognitivo conductuales que ayuden a la paciente a aceptar sus emociones y regular pensamientos autodescalificantes y recuerdos invasivos que puedan presentarse al momento de reanudar relaciones sexuales. Ya que, lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismas, su mundo y el futuro, es relevante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan. (Valladares y Rentería, 2011). Así, la restructuración cognitivo conductual, TREC se dirige a modificar la forma de pensar de los pacientes, la forma en que interpretan su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que tienen sobre sí mismos, sobre otras personas y sobre el mundo en general (Thomas, 2000, citado en Valladares y Rentería, 2011).

Con el fin de que la mujer con cáncer de mama desarrolle herramientas adaptativas para enfrentar los problemas que se presenten, durante el acercamiento sexual y en su relación de pareja se propone también el entrenamiento en solución de problemas le facilite la expresión de inconformidades, con su pareja, familia o médico. Respetando sus emociones y sentimientos, independientemente de lo que le demande la sociedad.

A partir de los trabajos de Lazarus Y Folkman (1984, citado en Valladares y Rentería, 2011) se ha reconocido que la solución de problemas es una técnica importante para el control y prevención del estrés, al demostrar que es una estrategia de afrontamiento efectiva. En estudios posteriores sobre el modelo se ha referido una relación entre solución eficaz de problemas interpersonales y estilos de afrontamiento (Kant, D' Zurilla y Maydeu-Olivares, 1997, citado en Valladares y Rentería, 2011) al afirmar que: “ la solución de problemas sociales es un proceso de afrontamiento consciente, racional, esforzado y propositivo que puede aumentar la habilidad de una persona para hacer frente a una variedad de situaciones estresantes” (p.548), con lo que proponen que dichas habilidades actúen como mediadores en el desarrollo de la depresión y la ansiedad (Calero, Luna, Vera-Villarroel y González, 2001, citado en Valladares y Rentería, 2011).

Tomando en cuenta que existen variadas demostraciones de afecto y que es posible concebir la sexualidad en su forma más abierta y flexible, a través de los sentidos y fantasías mentales. Es necesario recrear un espacio que estimule a la paciente experimentar a la paciente con su cuerpo, sin ningún tipo de interrupción.

Sanz (1991) propone, tomar en cuenta las condiciones en que desea estar en ese espacio: la temperatura ambiente, la luminosidad (natural, artificial, en penumbra), los sonidos (silencio, alguna música), el olor de la habitación (algún perfume en particular...). Declara que evidentemente, permitirse esto aparentemente tan sencillo supone ya un conflicto para algunas personas, y el *darse cuenta del derecho que tienen a tomarse un tiempo y un espacio, aunque sea pequeño, produce un cambio en sus vidas*. Esto se ve claramente en mujeres dedicadas completamente al hogar y al cuidado de los demás miembros de la familia; han pospuesto tanto sus necesidades y sus deseos que han perdido el contacto consigo mismas, somatizando sus frustraciones en dolores corporales que no entienden (Sanz, 1991).

Durante éste proceso de descubrimiento hay que mantener una actitud abierta para percibir las resonancias que se producen en el cuerpo, vinculadas tanto al placer como a los miedos, a poder revivir imágenes agradables, y otras, molestas. Sea como sea se adopta una actitud favorable en cuanto a la apertura y un mejor conocimiento personal (Sanz, 1991). Para esto se recomienda que la mujer con cáncer trabaje las resonancias de su cuerpo, disminuyendo las sensaciones físicas desagradables y trabajando los recuerdos invasivos que desencadenen conductas evitativas. Al intervenir con emociones que rebasan las habilidades del paciente, se utilizan técnicas de inoculación del estrés (EIE).

El EIE es una estrategia de intervención que tiene la ventaja de ser integradora, ya que reúne diferentes técnicas cognitivas y conductuales que se pueden combinar de diferentes maneras para adaptarse a la demanda del paciente. [...]. Orne (1965, citado en Valladares y Rentería, 2011) señaló que una manera de lograr que el individuo sea más resistente al estrés es permitirle que tenga experiencias previas adecuadas con los estímulos implicados. Si se enfrenta a una situación que produce un estrés es permitirle que tenga experiencias previas adecuadas con los estímulos implicados. Si se enfrenta a una situación que produce un estrés moderado y puede dominarlo, en el futuro tenderá a ser capaz de

tolerar situaciones de una mayor intensidad. Se puede afectar la tolerancia al estrés de un individuo si este cambia sus creencias sobre su rendimiento en la situación, y la sensación de que es capaz de cambiar la conducta (Valladares y Rentería, 2011).

La lectura revisada muestra las diversas consecuencias que puede manifestar una mujer con cáncer de mama al reanudar su sexualidad, y considerando las afectaciones físicas y psicológicas se toma en cuenta la propuesta del erotismo como alternativa para mejorar la vida sexual. Ya que la sexualidad de la mujer con cáncer se ve afectada por diversas situaciones relacionadas con su enfermedad, en dónde el acercamiento a la pareja despierta miedo, ansiedad, estrés o dolor. En estas situaciones se deben evaluar las áreas corporales que es posible estimular, así como los pensamientos y creencias que podrían impedir el disfrute corporal.

Un ejemplo se da durante las cirugías, como ocurre con la mastectomía. El quitar un seno causa afectaciones en la vida social y de pareja, al considerarse el cuerpo un símbolo de la femineidad, por esta razón Grau et al. (1999) indica que tras la mastectomía, la mujer y su conyugue deben tratar de reducir sus inhibiciones sexuales, de hablar abiertamente sobre sus ansiedades.

Es necesario que se discutan los límites y se respeten los sentimientos y creencias de la pareja, nadie debe ser forzado a realizar prácticas incómodas. El erotismo tiene una variedad de formas de manifestarse, por lo cual es posible descubrir estrategias que se adapten a las necesidades de cada pareja. Se puede iniciar por trabajar de manera individual, ya que requiere de autoconocimiento para identificar los propios estímulos placenteros.

Al integrar el proceso con la pareja se debe crear tiempo para estar juntos, ayudarse a descubrirse eróticamente, conocer sus gustos, y respetar las sensaciones de cada uno. Esto es posible al ser asesorados por un psicólogo y médico que pueda ayudarlos a conocer limitaciones biológicas y psicológicas, así como brindar otras herramientas. Sin embargo no siempre la intervención psicológica está al alcance de todos, debido a que la falta de recursos económicos. En estas situaciones, solo se trabaja con el médico que atiende a la paciente con cáncer, con el fin de que estimule a la paciente a asistir a talleres, pláticas o instituciones gratuitas que le puedan asesorar sus dudas.

CONCLUSIONES

Clínicamente

Son diversas las afectaciones que surgen durante el proceso de cáncer de mama, en dónde la enfermedad y las lesiones provocadas por los tratamientos alteran la respuesta sexual. Además de las emociones que también influyen en la expresión sexual. La importancia clínica se da al examinar las afectaciones que impiden a la mujer con cáncer disfrutar su sexualidad, para sugerir tratamientos que se adapten a las necesidades de la paciente y le permitan continuar su vida íntima con los nuevos cambios.

El médico debe asegurarse de dar la mayor información a la paciente sobre las consecuencias que puede tener cada tratamiento en la vida personal. Y si se presentan dudas, canalizarlas con un especialista. La calidad de vida es un concepto que se aborda continuamente en las enfermedades crónicas degenerativas. Sin embargo al iniciar el tratamiento médico, en ocasiones se puede prestar poca atención a las repercusiones psicológicas que involucra cada etapa del proceso de cáncer de mama. Ya que se prioriza el tratamiento de la enfermedad, sin considerar las repercusiones psicológicas que desencadena cada etapa de la enfermedad.

Al no darle la importancia necesaria a los daños psicológicos, la mujer con cáncer puede interrumpir su tratamiento o incluso tomar decisiones precipitadas sobre su enfermedad. Por esta razón el psicólogo se ha incorporado cada vez más al área de salud, colaborando con médicos para manejar las diversas situaciones a las que se enfrenta la paciente en su vida cotidiana. Estas intervenciones psicológicas no solo mejoran la calidad de vida de la paciente, ya que también puede colaborar a la adhesión del tratamiento médico, al trabajar ansiedades, miedos y angustias sobre la enfermedad.

A pesar de que actualmente se presta mayor atención a la intervención del psicólogo en el área de salud, no todas las instituciones cuentan con psicólogos que los apoyen, ni todos los pacientes cuentan con recursos que les permitan tener una asistencia completa en sus tratamientos. No obstante es posible recibir esta asesoría a través de

instituciones públicas gratuitas o grupos de ayuda, que las asesoren sobre su enfermedad y las acompañan durante su tratamiento.

Socialmente

La importancia social surge con el poco reconocimiento que se le da a la sexualidad en las mujeres con cáncer de mama, como parte de su bienestar mental. Ya que los tratamientos pueden ser muy invasivos y tener consecuencias en el área sexual.

Se pudo concluir también que la cultura crea barreras hacia la expresión sexual femenina, a pesar de que actualmente existe mayor información y apertura hacia al placer femenino y la manera de experimentarlo, en algunas mujeres pueden existir creencias estereotipadas hacia las funciones sexuales de una mujer o un hombre.

Y estos pensamientos dificultan el ejercicio de prácticas sexuales distintas a las habituales. Una de estas es el erotismo, sin embargo también se tienen estereotipos acerca del erotismo femenino. En dónde todo lo erótico, es relacionado con revistas play boy o pornografía. No obstante, el erotismo femenino se ha desarrollado de distinta forma, a través del contacto, que es más permitido en las mujeres socialmente. Por esta razón es posible erotizar a una mujer con caricias, besos o abrazos. Y de manera individual se erotiza al cuidar su cuerpo, aplicarse fragancias o maquillarse.

Entonces el error surge al identificar el erotismo femenino a partir de las conductas y placeres masculinos, esto ocurrió hace unos años en la cultura mexicana. Sin embargo existen conductas y creencias estereotipadas que a pesar de la información existente, persisten en la cultura. Sin pensar que estas prácticas y pensamientos desvalorizan la conducta sexual de las mujeres, modificando su libre expresión sexual. Actualmente la tecnología permite que cualquier mujer se informe sobre cualquier tema sexual, estos medios no sólo dan información también permite discutir experiencias a través de chats o grupos en redes sociales y aplicaciones destinadas únicamente para eso.

Psicológicamente

Como se ha mencionado, la mujer diagnosticada con cáncer de mama presenta cambios relacionados con su enfermedad, dónde se puede entender que el propio cáncer, junto con sus tratamientos causan cambios en sus enfermas, como la caída del cabello. Pese a que se ha encontrado en diversas investigaciones que la caída de cabello, resulta ser uno de los cambios más bruscos en éstas mujeres. En ésta investigación nos centramos en las mamas, ya que es un aspecto que caracteriza a las mujeres con éste tipo de cáncer, debido al proceso de mastectomía que suele dejar cicatrices visibles. En ésta investigación se relacionó la conceptualización que se le ha dado socialmente a las mamas junto con las afectaciones que causa su extirpación, al grado de poder modificar las relaciones sociales de las que lo padecen.

Si bien, esta vergüenza y el temor al rechazo han causado también, la evitación sexual, creando inseguridades en la mujer con cáncer, al intentar ocultar sus cicatrices o cambios. Es por ello que en estos casos se necesita la ayuda de un especialista que pueda proporcionar técnicas que le permitan aceptar, estos nuevos cambios, además de plantear estrategias en pareja para que disminuya ésta aversión sexual. Algunas de estas pueden ser: consejo sexual breve, métodos de cambio de actitudes, ejercicios o técnicas de minimización de limitaciones físicas, etc. Complementado a estas técnicas también es necesaria, la terapia sexual que permita la resolución de conflictos maritales, que se habían ocasionado, antes y después de la enfermedad.

Ya que aunque la mayoría de los cambios son pasajeros, algunos pueden a su estado original, y es indispensable trabajar con ellos, durante el proceso. A partir de estos aspectos, es posible estimular conductas sexuales alternativas. Como se ha explicado a lo largo de la investigación, el vivenciar la sexualidad no sólo implica la penetración o contacto de genitales, se pueden experimentar orgasmos sin contacto genital. Una de las alternativas que facilita esta estimulación es el erotismo.

Éste momento de conocimiento se puede experimentar de manera individual o en pareja. Aunque es primordial que cada uno reconozca los lugares del cuerpo en los que perciben placer, así como los movimientos o intensidades. Y de ésta forma el aprender a percibir, lo que les molesta, así como lo que les gusta, permitirá la completa exploración.

Sin embargo para posibilitar esta exploración también es importante el lugar. Se recomienda una temperatura ambiente con luminosidad agradable, puede ser con algún tipo de música agradable y en cuanto al olor de la habitación, aconsejable un perfume especial. Lo importante es tomarse el tiempo y espacio para reconocer su mapa erótico que permitirá reanudar la vida sexual, intercambiando éstas prácticas con consejos del terapeuta, además de trabajar con aquellas zonas que han creado inseguridades.

Aparenta ser simple, pero la simple exploración se vuelve difícil. Por todas las ideas y creencias que se han desarrollado respecto al sexo y el contacto físico, hacia el propio cuerpo. Pero, la corporeidad forma parte de la sexualidad humana, y es imprescindible en cualquier acto sexual, con o sin pareja. Es necesaria la educación sexual, que permita comprender las distintas formas de expresión sexual, y puedan ser vistas sin morbo o pena.

Concluyendo podemos encontrar que es posible concebir la sexualidad de una manera más flexible y abierta partir de la escucha de uno mismo y sin ser necesaria la compañía, dejando a un lado el comportamiento represivo, de ésta forma se expone que la primera zona erótica, es la propia voluntad. Además de la necesidad ética de estar bien informados, tanto pacientes como terapeutas. Ya que existe evidencia de que una mujer bien informada, es posible que lleve su vida de una manera más placentera y armónica.

Sexualmente

La importancia sexual surge al considerar que la enfermedad puede afectar la respuesta sexual de la mujer con cáncer de mama. Sin embargo no es así, la mayor parte de las alteraciones sexuales se desarrolla en la percepción de la enferma sobre lo que le sucede a su cuerpo, como consecuencia de los tratamientos médicos.

Los cambios físicos en las mujeres con cáncer de mama se perciben como grandes pérdidas, debido a que elementos como el cabello y las mamas en la cultura mexicana forman parte de la construcción femenina, y al ser perdidos la mujer presenta inseguridades hacia su cuerpo, vergüenza y temor al rechazo. Por esta razón si se desea reanudar la sexualidad es necesario trabajar con las creencias, pensamientos y actitudes que aíslan a la

mujer de su entorno. Y desarrollar habilidades adaptativas, que le ayuden a afrontar los futuros cambios, para mantener su salud mental y relaciones interpersonales sanas.

Si bien, varios estudios afirman, que el proceso de enfermedad, tiene posibilidades de afectar la sexualidad, si se detectan tempranamente las disfunciones. Generalmente estos problemas vienen también de preocupaciones médicas, financieras, baja autoestima, depresión o el mismo dolor.

Tomando en cuenta estos problemas, es necesario que el tratamiento médico, así como psicológico, se adecue a las necesidades de cada paciente. Ya que no siempre el estilo de vida, posición económica o el mismo entorno hacen posible cualquier tipo de intervención.

Un elemento importante al reanudar la vida sexual, es el trabajo individual de las afectaciones corporales y psicológicas prioritarias para la paciente, ya que la adaptación y aceptación de los cambios y pérdidas eventuales, ayuda a la mujer a experimentar su sexualidad, disminuyendo juicios y creencias dañinas. Además, si se tiene pareja y se desea reanudar sus relaciones sexuales, puede buscar más tarde técnicas que sean compatibles con su pareja. Pero ya habrá un conocimiento previo de sí misma, que será complementado con otra persona.

Finalmente se puede concluir que el conocimiento y sensibilización de la pareja con la problemática de la paciente permitirá, entender desde qué punto se debe partir para mejorar el entendimiento marital y la calidad de vida sexual. Sólo la escucha, encamina de manera eficiente la autonomía, satisfacción, autodeterminación y eficacia de la paciente, para enfrentar cualquier problemática, con el apoyo de su pareja y especialistas adecuados.

Se espera que las características personales y sociales, sean consideradas en futuras intervenciones. Para plantear tratamientos que abarquen áreas sociales, biológicas y psicológicas, ya que la salud no solo es representada como la ausencia de enfermedad, sino como el completo equilibrio de estas áreas.

BIBLIOGRAFÍA

- Airaldi, M. (2010). Sexualidad y Relaciones de Pareja en Mujeres Mastectomizadas de una Muestra Paraguaya. *Eureka*. 7(1). 143-162pp.
- Alberoni, F. (1988). *El erotismo*. Barcelona, España: Gedisa.
- Almazan, R. y Sánchez, C. (2010). *Construcción de los roles de género (hombre y/o mujer) a partir de los estilos de crianza*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Recuperado de [http://132.248.9.195/ptb2010/octubre/0664037/0664037_A1.pdf#search=%22roles de genero%22](http://132.248.9.195/ptb2010/octubre/0664037/0664037_A1.pdf#search=%22roles%20de%20genero%22)
- Alonso, A. (2007.) Sexualidad y Enfermedades Crónicas. *Revista Internacional de Andrología*. 5(1). 1-28.
- Arias, Miguez, Molfino y Rega (2000). Biblioterapia. *Información, cultura y sociedad*, (2), 85-93pp.
- Arias, S. (2016). *El control de la sexualidad femenina en los programas de educación sexual escolarizada*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2016/junio/309112749/Index.html>
- Bretado, M. (2016). *Vivencias de Desarrollo Humano en Mujeres con Cáncer de Mama que participan en un grupo de apoyo*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2016/mayo/407029291/Index.html>
- Caratozzolo, D. (1995). *Los destinos sexuales de la mujer. Mito y modernidad*. Rosario, Argentina. Ed. Homo Sapiens.

- Cárdenas, E. (2008). *Mitos de la Sexualidad Femenina*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Recuperado de <file:///C:/Users/Cursos/Desktop/mitos%20sexualidad%20fem.pdf>.
- Colorado, M., Arango, L. y Fernández, S. (1998). *Mujer y Feminidad*. Universidad de Antioquia. Recuperado de <http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/181/1/MujerFeminidad.pdf>.
- De Juan, J. y Pérez, R. (2007). Sexo, género y biología. *Feminismo/s*, 10. pp. 163-185.
- Die, M. (2015). Aspectos psicológicos específicos del cáncer en las mujeres. *ARBOR*. 191(773). 1-6 pp.
- Dolto, F. (1984). *Sexualidad Femenina. Libido, erotismo, frigidez*. Barcelona, España. Ed. Paidós.
- Dorantes, L. (2001). *La formación profesional del oncólogo en aspectos psicológicos, y su influencia en la atención a la paciente mastectomizada*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Recuperado de <http://132.248.9.34/pd2001/293751/293751.pdf#search=%22cancer%20psicologia%22>
- Enrique, J., Binfa, L., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre, H., Sarrá, S. (2004). Índice de Función Sexual Femenina: Un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 69(2). 118-125.
- Fernández, A. y Peres, W. (2013). *La diferencia desquiciada. Géneros y diversidades sexuales*. Argentina, Buenos Aires. Ed Biblos.
- Fernández, J. (1998). *Género y sociedad*. Madrid, España. Ed. Piramide.

- Fuentes, P. (2011). *El impacto de la Identidad de género, la autoestima y el apego en una relación de codependencia afectiva en el noviazgo*. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de http://132.248.9.195/ptb2011/mayo/0668749/0668749_A1.pdf#search=%22genero e identidad de genero%22
- Gallardo, E. (2010). *Calidad de vida y Percepción de la relación de pareja en mujeres con cáncer de mama*. Universidad Autónoma de México. Distrito Federal, México.
- García, D., García, M., Ballesteros, B. y Novoa, M. (2003). Sexualidad y comunicación de pareja en mujeres con cáncer de cérvix: una intervención psicológica. *Universitas Psychologica*. 2(2). 199-214 pp.
- García, E., Salguero, A. y Pérez, G. (2010). Expectativas y Estereotipos de Género en la Relación Entre Padres e Hijas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15 (2). pp. 325-341
- García, J. (2014). Sexualidad y cambios culturales. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*. 119 .17-26pp.
- García., M. (2006). Las leyes psíquicas del erotismo femenino. *Revista digital Universitaria*. 7(5). 1-11pp.
- Gómez, B. (2012). *Significado Psicológico de la Sexualidad Femenina en Mujeres de tres Generaciones*. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2012/junio/408034869/Index.html>
- Gómez, L. (2016). *Tótem y Tabú ¿Una historia de la cultura*. Universidad Nacional de Autónoma de México. Recuperado de <file:///C:/Users/Cursos/Desktop/totem%20y%20tabu.html>

- González, B. (2008). *Creencias y prácticas sobre sexualidad de mujeres mexicanas con cáncer de mama atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología, México 2008*. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2009/diciembre/0652247/Index.html>
- González, N., Tinoco, A. y Benhumea, L. (2011). Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. *Espacios Públicos*, 14(32), 258-279.
- Grau, J., Llantá, M., Chacón, M. y Fleites, G. (1999). La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Revista Cubana Oncología*. 15(1). 49-65pp.
- Hernández, M. y Mondragon, R. (2007). *La Relación entre el erotismo femenino y la autoestima en la mujer*. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://132.248.9.34/pd2008/0622613/0622613.pdf#search=%22genero e identidad de genero%22>
- Hernández, R., & Jaime, M. (2003). *El Erotismo Femenino*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Recuperado de <http://132.248.9.195/ppt2002/0315284/Index.html>.
- Insaurralde, E. (2013). *Sexualidad, cuerpo y género. Las representaciones de jóvenes pobres de la ciudad de La Plata*. Universidad Nacional de la Plata Facultad De Humanidades y Ciencias de la Educación. Recuperado de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.846/te.846.pdf>.
- Izquierdo, M., González, U., Alerm, A. y Jáuregui, U. (2008). Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. *Revista habana ciencias médicas*. 7(2). 1-11 pp.

- Knaul, F., Nigenda, G., Lozano, R., Ornelas, H., Langer, A., Frenk, J. (2009). Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública de México*. 51(2). S335-S344 pp.
- Marcano, N. (2014). Modelo para la Educación Integral en Sexualidad desde el aporte de la prensa digital venezolana. *Revista de Investigación*. 82(38). 103-126 pp.
- Masters, W., Johnson, V. & Kolodny, R. (1987). *La Sexualidad Humana 1*, Barcelona, España: Grijalbo.
- Mendoza, M. (2004). El erotismo como proceso simbólico de la cultura. (Aproximaciones teóricas). Universidad Nacional Autónoma De México. Recuperado de [http://132.248.9.34/pd2004/0600378/0600378.pdf#search=%22erotismo %22](http://132.248.9.34/pd2004/0600378/0600378.pdf#search=%22erotismo%22)
- Mesquita, E, Magalhães, R., De Almeida, A., Carvalho, A. y Mota, C. (2007). Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. *Enfermería Global*, 6(1). 1-10pp.
- Millán, J. (2011). *Somatización: relación con los roles de género, Satisfacción en los roles e índices de Salud*. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de http://132.248.9.195/ptb2011/abril/0668516/0668516_A1.pdf#search=%22roles de genero%22
- Montero, A. y Nieves, I. (2014). La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres mastectomizadas. *Informes Psicológicos*. 14(1). 65-89 pp.
- Moreno, S., Lara, F. y Alvarado, S. (2014). Impacto psicológico en la pareja de la paciente con cáncer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 13(1). 47-52pp.

- Narváez, A., Rubiños, C., Cortés, F., Gómez, R. y García, A. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de Cáncer de mama. *Psicooncología*. 5(1). pp. 93-102
- Nigenda, G., Caballero, M. y González, L. (2009). Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud pública de México*. 51(2). S254-S262 pp.
- Olguín, E. y Moreno, M. (2014). *La Familia como formadora de la Identidad de género*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2014/mayo/307242048/Index.html>
- Orozco, M. (2004). *Expresiones eróticas de las mujeres en la actualidad*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Aragón. Recuperado de <http://132.248.9.195/ppt2004/0332317/0332317.pdf#search=%22erotismo femenino%22>
- Ortiz, J., Lopes, L., Valadares, J. y Vieira, F. (2016). La sexualidad de las mujeres sometidas a tratamiento de cáncer de mama. *Enfermería Global*. 15(3). 350-368pp.
- Pallí, C., Lluch, J. y Valero, S. (2010). Sexualidad, Comunicación y Emociones: Estudio Situacional con Mujeres Afectadas de Cáncer Ginecológico. *Psicooncología*. 7(1). pp. 153-173
- Quaresma, D. (2012). La Producción de lo normal y lo anormal: Un Estudio Sobre Creencias de Género y Sexualidad entre docentes de escuelas municipales de Novo Hamburgo/Brasil. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 16(1). pp. 178-199.

- Remondes, S. (2015). Sueño, Cáncer de mama y pareja: dos casos clínicos en psico-oncología. *aipcf*. 14. 1-16pp.
- Rivas, M. (2010). *Construcción del Erotismo de Homosexuales y Lesbianas*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Recuperado de http://132.248.9.195/ptb2011/septiembre/0673479/0673479_A1.pdf
- Rivera, H. (2008). *Sexualidad adolescente: una cuestión de educación, influencia de los mitos, prejuicios y tabúes de la sexualidad estudio de caso: Instituto Maria Goretti*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Recuperado en <http://132.248.9.195/ptd2008/julio/0629407/Index.html>
- Romero, C. y Villafuerte, L. (2016). *Cuerpo, placer y sexualidad femenina: análisis de los emergentes en el proceso de entrevista grupal en mujeres universitarias de 20 a 25 años*. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado en <http://132.248.9.195/ptd2016/agosto/306609497/Index.html>
- Romero, M., Santillán, L, Olvera, P., Morales, M. y Ramírez, V. (2008). Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76(11), 667-72.
- Sáez, E. (2009). Los profesionales de la sexología en la educación sexual. *Anuario de Sexología*. 11. 89-94 pp.
- Salinas, D. (1996). *La Construcción Social de la Identidad Sexual de la Mujer, Un Análisis Multirepresentativo*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19972000/S/1/S1037701.pdf>
- Sánchez, E., Sánchez, C. y Erazo, M. (2015). *Cáncer de mama. Actualidades y controversias*. Distrito Federal, México. Alfil.

- Sánchez, J. y Verga, B. (2011). Cáncer de mama: ¿Es posible prevenirlo? *Revista de Ciencias Médicas*. 15(1). 14-28 pp.
- Sanz, F. (1991). *Psicoerotismo femenino y masculino: para unas relaciones placenteras autónomas y justas*. Barcelona, España: Kairos.
- Saucedo, A. (2014). *La relación conyugal de la mujer con cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar no 60, de Nava Coahuila*. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2014/mayo/509226066/Index.html>
- Solano, M. (2005). El cáncer de mama: Una experiencia personal. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*. 18. 7-10 pp.
- Sosa, M. y Luna, M. (2013). La corporalidad de la persona con cáncer. *Revista CONAMED*. 18(1).S17 - S23pp.
- Szuster, D. (2009) ¿Sexualidad normal/sexualidad patológica? Análisis de la Concepción de Sexualidad Dicotómica del Psicoanalista Otto Kernberg. *Revista de Ciencias Sociales*. 4. 157-168.
- Tamblay y Bañados (2004). *Psicooncología del cáncer de mama*. Universidad de Chile. Recuperado de http://tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/banados_b/sources/banados_b.pdf
- Torner, L. (2011). *Relación entre los aspectos psicológicos y la aparición y evolución del cáncer de mama. ISEP formación*. (Tesis de maestría). Recuperado de <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/10/Relacion-Entre-Los-Aspectos-Psicologicos-Y-La-Aparicion-Y-Evolucion-Del-Cancer-De-Mama.pdf>
- Torres, A. y Abad, A. (2015). *Mitos y realidades en oncología*. Madrid, España. SEOM

- Vargas, F. (2012). El erotismo como estrategia publicitaria: Caso Dolce & Gabbana. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2013/enero/304031430/Index.html>
- Valladares, P., y Rentería, A. (2011). *Psicoterapia cognitivo-conductual. Técnicas y procedimientos*. Ciudad de México, México: UNAM-FESI.
- Vargas, R. y Pulido, S. (2012). Significado de las vivencias de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. *Revista Ciencia y Cuidado*. 9(1). 65-78 pp.