

## CÁNCER DE MAMA Y SEXUALIDAD: ¿UNA DISCAPACIDAD EMERGENTE? BREAST CANCER AND SEXUALITY: AN EMERGING DISABILITY?

### RESUMEN

**Fundamentos:** Ante la relevancia del cáncer de mama y su impacto en la salud pública, sumado a las pocas referencias bibliográficas sobre estudios psicosociales en la materia y la necesidad de comprender la situación desde una perspectiva cultural y situada de las personas, surgió la interrogante de conocer las vivencias en la sexualidad de las mujeres tratadas por carcinoma ductal invasor en la Unidad de Patología Mamaria (UPM) del Hospital Regional de Concepción, Chile.

**Método:** Estudio cualitativo exploratorio con usuarias de una Unidad de Patología Mamaria y tratadas por carcinoma ductal invasor (noviembre 2014 – junio 2015). Muestreo intencional con entrevista en profundidad semiestructurada, análisis de contenido semánticamente orientado.

**Resultados:** Se encontraron principalmente dificultades en la interacción y comunicación con sus parejas debido a la transformación física como consecuencia de la cirugía de mamas y de la quimioterapia. Al mismo tiempo se evidenció distanciamiento entre las parejas debido al impacto que genera el tratamiento. Sin embargo, se observaron algunos casos en los cuales sus parejas manifestaron apoyo y compañía durante el proceso, lo cual impactó significativamente en las vidas de las usuarias y de éstas.

**Conclusión:** Las mujeres manifiestan conflictos íntimos con sus parejas principalmente como consecuencia del estigma y cambio corporal que existe en el tratamiento de cáncer de mama, generando restricciones y limitaciones en la participación social que enfrentan en su vida personal y comunitaria, gatillando una emergente expresión de discapacidad.

**Palabras clave:** cáncer de mama, sexualidad, discapacidad.

**PIA RODRÍGUEZ**  
Matrona, Magíster en Salud  
Sexual y Reproductiva  
Unidad de Patología Mamaria  
Hospital Regional de  
Concepción  
pia\_rg26@hotmail.com

**JUAN PINO**  
Terapeuta Ocupacional,  
Doctorando en Sociología  
Universidad Autónoma de  
Barcelona, Barcelona, España.

Trabajo recibido el 6 de enero 2016. Aceptado el 15 de octubre 2016.

Los autores declaran no tener conflictos de interés ni apoyo económico o becas para la realización de esta investigación.

## ABSTRACT

**Background:** *In light of the relevance of breast cancer and its impact on public health, along with the limited number of psychosocial studies on the subject and the need to understand the situation from a cultural perspective, focused on individuals' experience, an investigation of the sexual experiences of women treated for invasive ductal carcinoma in the Breast Pathology Unit (BPU) of the Hospital Regional de Concepción, Chile was conducted.*

**Method:** *Qualitative exploratory study with users of the Breast Pathology Unit who were treated for invasive ductal carcinoma (November 2014 - June 2015). Purposive sampling with semi-structured in-depth interviews, with posterior semantically-oriented content analysis.*

**Results:** *The principal difficulty expressed involved the interaction and communication with their partners, due to the physical transformation as a result of breast surgery and chemotherapy. Additionally, the woman experienced distancing with their partner due to the impact of the treatment. However, there were some experiences in which the partners expressed support and companionship during the process, which significantly impacted the users' and their partners' lives.*

**Conclusion:** *The women expressed intimate conflicts with their partners mainly due to stigma and body changes as a results of breast cancer treatment, which also leads to limited social participation their personal and community life, triggering an emerging type of disability.*

**Keywords:** Breast Cancer, Sex, Disability.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama (Ca mama) es una patología que en la actualidad ha cobrado gran relevancia en las políticas públicas en salud debido al impacto en la mortalidad femenina que conlleva, ocupando los primeros lugares por esta causa, a nivel mundial y nacional. Por ello es que desde el año 2004 en nuestro país, se incorporó el cáncer de mama como patología en el Programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), entregando prestaciones que favorecerían a las usuarias con un mayor respaldo en oportunidades, accesos y financiamiento en el caso de padecer esta patología. Dichas garantías se evidenciarían en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer.

En la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Regional de Concepción, desde la incorporación de las GES hasta diciembre del 2014 se diagnosticaron anualmente un promedio de 161 pacientes con cáncer de mama. De estos cánceres, el más frecuente de encontrar es el carcinoma ductal invasor en un 80%, coincidiendo con las estadísticas nacionales y mundiales.

Este tipo de cáncer requiere, en muchas ocasiones, de un tratamiento que incluye cirugía radical, con o sin vaciamiento axilar y la administración de radioterapia y/o quimioterapia. Por tanto, estas mujeres pueden presentar alteraciones, tal cual lo reconoce la literatura científica, tras el diagnóstico y tratamiento de su cáncer, pudiendo estas alteraciones ser físicas, psicológicas, sociales, emocionales, sexuales, entre otras, y comprometer su bienestar a corto y mediano plazo, provocando en muchos casos una situación de discapacidad prolongada.

El desarrollo del artículo se centra en el proceso de la sexualidad y las consecuencias de sus transformaciones, como eje fundamental de la vida cotidiana de las mujeres investigadas.

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer occidental y la principal causa de muerte por cáncer en la mujer en Europa, Estados Unidos, Australia y algunos países de América Latina.<sup>1</sup> El informe de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el cáncer destaca que más de la mitad de los nuevos casos y el 64,9% de fallecimientos se registran en países en vías

de desarrollo como Chile.<sup>2</sup> Según la Sociedad Americana contra el Cáncer, el carcinoma ductal invasor afecta al 80% de los casos confirmados.<sup>2</sup>

El Cáncer de mama constituye un serio problema de salud pública por las consecuencias fatales y la cantidad de recursos requeridos para su diagnóstico y tratamiento. En la actualidad a nivel mundial se cuenta con programas de detección oportuna de cáncer de mama, no obstante, se observa una alta incidencia en etapas avanzadas, sin considerar ni evaluar todos los efectos discapacitantes.<sup>3</sup>

Los casos confirmados se pueden tratar a través de cirugía conservadora. La principal condición que la define es la factibilidad de obtener márgenes quirúrgicos microscópicamente negativos. Otro tipo de tratamiento es la mastectomía total, que en ocasiones está asociada a quimioterapia y/o radioterapia, dependiendo del tipo de cáncer, focos, tamaño, entre otros factores.<sup>4</sup>

Una de las principales situaciones que repercuten en la autoimagen de las mujeres con cáncer de mama es el tipo de cirugía que experimentan como tratamiento, viéndose más afectadas las pacientes con mastectomía total que aquellas con solo mastectomía parcial o cirugía conservadora.<sup>5</sup> En ese sentido, el impacto de estos tratamientos sobre las mujeres podría relacionarse con la connotación positiva atribuida a la integridad e indemnidad del cuerpo y a la función de las mamas tanto en el ámbito personal como social,<sup>6,7,8</sup> cuestión que puede afectar de manera importante en su calidad de vida.<sup>6,9</sup>

El diagnóstico y tratamiento del Cáncer de mama implica la realización de exámenes y consultas médicas reiteradas, contribuyendo a la exacerbación de sentimientos de ansiedad y de aflicción por parte de la afectada. Debido a lo anterior, se genera un distanciamiento entre el personal sanitario y la mujer, al no involucrarse con las aprensiones que genera la patología en ella; por lo tanto, se observa que en muchas ocasiones el trato en la atención médica es desvinculante e impersonal, en ocasiones careciendo de la calidad debida. El significado del cáncer de mama para la mujer va construyéndose a partir de

las percepciones que tiene de sí misma y de los otros, y en la formulación y organización de conceptos que ella comienza a construir sobre el hecho de padecer un cáncer.<sup>10</sup> Estas representaciones sociales nos permiten tener un marco conceptual con el cual podemos comprender cómo se construyen las vivencias de las mujeres que padecen esta enfermedad.<sup>7,10,11</sup>

La tasa observada de defunciones por cáncer de mama en Chile durante el año 2012 fue de 15,6 por 100.000 mujeres.<sup>12</sup> Sin embargo, el riesgo de mortalidad más alto por este cáncer a nivel nacional lo presentó la décimo segunda región, ubicada en el extremo sur del país, con 23,8 por 100.000 mujeres.<sup>12,13</sup> Por su parte, en la octava región se observó una tasa de mortalidad en el mismo año de 14,1 por 100.000 mujeres.<sup>12,14</sup>

En el año 2004 en Chile se establece un Régimen General de Garantías en Salud incluyendo las Garantías Explícitas en Salud (GES) incorporando al Cáncer de mama desde sus inicios.<sup>4,15</sup>

Dado que el GES se analiza y actualiza cada tres años, en julio de 2013 entró en vigencia un nuevo decreto que incluye la atención integral de pacientes con Cáncer de mama y sus familiares a través de atención psicológica, psiquiátrica y educación grupal.<sup>16</sup> Sin embargo, no se especifica el momento en que se realizará la prestación, dejándolo a criterio de cada establecimiento hospitalario. En ese sentido, en el sur de Chile, específicamente en el hospital con mayor número de camas del país, el Hospital Guillermo Grant Benavente de la ciudad de Concepción (HGGB), en la octava región, actúa como prestador de las GES desde el año 2004 con patologías como el Cáncer de mama a través de su Unidad de Patología Mamaria (UPM). Según sus registros, en el año 2013 se diagnosticaron 184 cánceres de mama, de los cuales 132 eran carcinoma ductal invasor. En la UPM se entregan diversas prestaciones relacionadas al diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Sin embargo, la atención psicológica solo la reciben las usuarias que son derivadas al Servicio de Oncología para su tratamiento con radioterapia y/o quimioterapia.<sup>17</sup>

Con todo lo anterior, analizando los efectos y consecuencias que tiene el Ca mama, se puede comprender que la situación tiene fuertes expresiones discapacitantes, entendiendo discapacidad en su contexto social y cultural, que es mucho más que una mera condición de deterioro físico: es una experiencia de su diferencia expresada en la corporalidad y subjetividad, que frecuentemente se asocia a una experiencia de exclusión y de opresión. Los responsables de esta situación no son las personas en situación de discapacidad, sino la indiferencia y falta de comprensión de la sociedad.<sup>18</sup>

Se comprende el Ca mama como una condición que genera una doble discapacidad, ya que limita y restringe la participación social desde la dimensión de género y la corporalidad, que a su vez, puede variar en responsabilidades y representaciones tanto personales como colectivas. Ahora, según la Organización Mundial de la Salud, discapacidad “*es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación*”. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para intervenir en situaciones vitales.<sup>19</sup>

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que se vive; por ello, se hace necesario conocer los significados de las usuarias de la UPM respecto a la vivencia de padecer un Ca mama y cómo ello afecta su bienestar en la vivencia de la sexualidad.

Esta información permitiría mejorar la calidad de la atención en la unidad, y generar evidencia para enriquecer las propuestas políticas en materia de Ca mama. Por ello, el objetivo de este trabajo es conocer las vivencias en la sexualidad de las mujeres tratadas por carcinoma ductal invasor en la Unidad de Patología Mamaria (UPM) del Hospital Regional de Concepción, Chile.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo de tipo exploratorio descriptivo. La población investigada fueron las mujeres tratadas por cáncer de mama en la Unidad de Patología Mamaria (UPM) del Hospital Regional de Concepción durante los meses de noviembre de 2014 a junio de 2015 y que cumplieran los criterios de inclusión (diagnóstico de carcinoma ductal invasor y que residieran en comunas aledañas a Concepción), y de exclusión (hombres ingresados a la UPM con el mismo diagnóstico, mujeres con otro tipo de cánceres y aquellas que tuvieran alguna afección que impidiera establecer una conversación coherente).

Se optó por un muestreo intencional, guiado teóricamente, bajo los criterios de pertinencia y de factibilidad. Para contener la diversidad de pacientes que ingresaron a la UPM se consideró como primer criterio de segmentación el tratamiento realizado para el carcinoma ductal invasor, el que posteriormente se dividió en tres tipos (quirúrgico, quimioterapia y radioterapia). Luego del trabajo de campo, el quirúrgico se dividió a su vez en tres (mastectomía total, parcial y vaciamiento axilar).

La estrategia de identificación de informantes se realizó mediante una ficha de preselección en una consulta dentro de la UPM con una profesional no médica (matrona, profesional cuya disciplina es la salud sexual y reproductiva) durante los meses de noviembre de 2014 a junio de 2015. Previamente se informó a las mujeres que dicha ficha tendría por objetivo seleccionarlas como potenciales participantes de un estudio; con posterioridad se citó a las usuarias de acuerdo a su disponibilidad, donde se procedió, previa firma del consentimiento informado, a la entrevista en una sala privada del hospital. Se utilizaron dos medios de registro de audio para garantizar la calidad de la información.

Como técnica de recogida de información se utilizó la técnica de la entrevista en profundidad semiestructurada,<sup>20</sup> en la que se abordaron ciertas áreas relacionadas a las experiencias y significados de padecer el cáncer de mama. Dicha entrevista se realizó bajo dimensiones y preguntas para guiar su curso

previamente establecidos. Finalmente, se lograron realizar ocho entrevistas en profundidad, segmentadas de la siguiente forma:

- Mastectomía Total+Vaciamiento axilar: 3 entrevistadas
- Mastectomía Total+Vaciamiento axilar+Quimioterapia: 1 entrevistada
- Mastectomía Parcial+Vaciamiento axilar+Quimioterapia+Radioterapia: 1 entrevistada
- Mastectomía Parcial+Quimioterapia+Radioterapia: 1 entrevistada
- Mastectomía Parcial+Radioterapia: 1 entrevistada
- Quimioterapia: 1 entrevistada

El análisis de los datos se realizó mediante un análisis de contenido semánticamente orientado, siguiendo una estrategia intensiva, es decir, se analizó toda la información producida durante la fase de terreno. Además, se trabajó con una estrategia intertextual de carácter subjetiva, en tanto cada enunciado fue interpretado en función de las características de la persona que produjo el discurso, características que fueron identificadas de acuerdo a las categorías muestrales. Por último, se utilizó una estrategia agregativa, en tanto se agruparon las distintas subjetividades y percepciones por tipo de categoría para el proceso de interpretación.<sup>21</sup> En un primer momento del análisis los datos fueron transcritos de forma textual, lo que dio origen a un primer texto, el cual fue codificado de acuerdo a una matriz de códigos basada en las categorías analíticas definidas teóricamente en las categorías muestrales y de construcción de los instrumentos de producción de los datos (categorías analíticas). La triangulación entre los miembros del equipo de investigación y el criterio de factibilidad, constituyeron un indicador de validez para los resultados.

Antes de llevar a cabo este estudio se procedió a la evaluación y aprobación por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, acreditado por el Ministerio de Salud de Chile el 25 de septiembre del año 2014, según los acuerdos respetados en la Declaración de Helsinki.

## RESULTADOS

Los significados atribuidos a la sexualidad dejan entrever la importancia que las mujeres con cáncer de mama le adjudican a la sexualidad con su pareja, importancia que se comprende a causa de los cambios tanto físicos como psicológicos a los cuales se enfrenta la mujer con esta patología, dado que los tratamientos son tan invasivos que en algunos casos implican la extirpación de la mama y la realización de quimioterapia, con los efectos secundarios que éstas conllevan.

En relación a ello, las entrevistadas relatan un impacto importante para sus parejas, producido por su patología, generando consecuencias en la relación de pareja y su bienestar emocional.

*...igual fue fuerte para él, fue fuerte para él, creo que le cambió la vida...  
(MP+VAX+QT+RT, 41 años)*

Las mujeres identifican las repercusiones negativas de su nueva condición, generando una transición en su proceso de pareja, consignando malestar en su esfera más personal.

*...eso igual me ha afectado en el tema de pareja, que yo he andado mal, él ha andado mal... Igual hemos tenido varios problemas íntimos... (MT+VAX, 48 años)*

A su vez, las parejas identifican temor y miedo a las transformaciones corporales de la mujer, particularmente en la dinámica de pareja, generando una inseguridad en la vida íntima.

*...le da cosa tocarme, trata de no tocarme... (MT+VAX, 49 años)*

Varias de las dificultades tienen relación con las representaciones sociales negativas que existen en torno al cáncer; éstas tienen directa relación con la educación social y el desconocimiento por parte de las parejas acerca de la problemática.

*...me complica, en el lado de mi esposo, él no quiere hacerme daño, no es que le complique ver, pero no quiere nada, no quiere, por decirlo así, tocarme... (MP+QT+RT, 57 años)*

Las mujeres relatan que los cambios físicos derivados de la quimioterapia, por ejemplo, alteran la dinámica en su relación de pareja; es más, mencionan que puede producir serios distanciamientos esporádicos y dificultades en la comunicación.

*...lo único que cambió fue que mi marido después que yo me corté el pelo como a las dos semanas volvió a la cama, yo creo que pa' él tiene que haber sido fuerte. También me da la impresión, pero no me ha dicho nada...*  
(QT, 51 años)

Sin embargo, en algunos discursos, las entrevistadas describieron el apoyo de sus parejas, entregándoles seguridad frente a cómo ellas se percibían físicamente luego del tratamiento.

*...él ha sido bastante comprensivo, me ha apoyado en todo... pero me dice ni se me nota con ropa, si ni se nota..., ehbb, siempre admiro eso...* (MT+VAX, 49 años)

La comprensión sobre el proceso de salud-enfermedad y la relevancia que le adjudica la pareja sobre el bienestar y la salud, son factores determinantes de apoyo.

*...pero porque me dijo cómo va a ser feo, cómo va a ser feo algo que te sanó, que te está sanando, y que te salió lo malo... para mí como hombre no es un problema...*  
(MT+VAX+QT, 51 años)

El amor de pareja, el respeto y compromiso se manifiestan como primordiales a la hora de enfrentar situaciones complejas como el cáncer de mama, quedando en un segundo plano los cambios físicos que pueda experimentar la pareja.

*...él me apoya, me dice que me cuida, que él me quiere, que a él no le importa que tenga o no tenga, me falte o me sobre...* (MP+RT, 45 años)

## DISCUSIÓN

Existe suficiente evidencia científica sobre el cáncer de mama y sus consecuencias asociadas a la mortalidad femenina; sin embargo, este estudio problematiza una nueva dimen-

sión, la relación de los efectos discapacitantes que significa sobrellevar la patología, los cuales no han sido del todo valorados por las instituciones de salud. En este caso, el impacto en la sexualidad incorpora nuevas demandas hacia las políticas y programas públicos que se relacionan con esta situación.

Las mujeres manifestaron distintas experiencias sobre las vivencias en la sexualidad relacionadas con el cáncer de mama; describían problemas en la vida sexual debido a la percepción de su imagen corporal, concordando con lo descrito en un estudio mexicano, el cual menciona que más de la mitad de las mujeres de 50 años que padecían un cáncer de mama se sentían menos femeninas y estaban preocupadas por su atractivo sexual. También describe que casi la mitad de las mujeres mastectomizadas sufrían alteraciones en la percepción de su cuerpo, manifestadas al evitar contacto con los demás para impedir ser comparadas con otras personas.<sup>22</sup> En este sentido, Elizabeth Meloni en su investigación señala que algunas mujeres expresaron sentimientos de angustia y minusvalía, suscitados por las alteraciones corporales después del tratamiento, y su relación con los modelos de belleza y feminidad culturalmente valorizados.<sup>23</sup>

Entre las vivencias más significativas de las mujeres en torno al cáncer de mama, destaca la significación que le adjudican a los distintos tipos de tratamiento, así como en las diferentes etapas. Por ejemplo, las usuarias que se habían realizado solo una cirugía conservadora con radioterapia, significaban sus vivencias en torno a la apariencia física principalmente, a diferencia de las usuarias que cumplieron el tratamiento radical completo (mastectomía total, vaciamiento axilar, quimio y radioterapia), las cuales le adjudicaban principalmente a la quimioterapia el malestar físico, emocional y psicológico, describiéndolo como una experiencia que conlleva un impacto radical tanto en el aspecto físico como emocional. Estas alteraciones pueden producir un quiebre en las relaciones íntimas con su compañero sexual debido a una autopercepción negativa de su cuerpo debido a los cambios a causa del tratamiento. Esto es similar a lo

descrito por Andrea Castaño en su investigación, donde describe que el cáncer continúa siendo objeto de representaciones sociales negativas, al igual que la quimioterapia; ya que en general estas representaciones están centradas en las consecuencias del tratamiento, principalmente la alopecia, el malestar general, las náuseas, la fatiga y la hospitalización como consecuencias negativas.<sup>24</sup>

Se prevé que los casos de cáncer de mama detectados al año 2025 aumenten a 19,3 millones, entre otros factores, debido al crecimiento y envejecimiento de la población mundial,<sup>25</sup> a los avances en materia de la detección temprana y las nuevas tecnologías para el tratamiento.<sup>3</sup> Todo esto a su vez nos hace suponer que aumentará la supervivencia de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, y con ello, el aumento de los recursos económicos que se dispongan para fomentar su pesquisa. En este sentido, el Programa Nacional del Cáncer en Chile tendrá que dirigir sus esfuerzos no solo a su pesquisa precoz, diagnóstico y tratamiento oportuno, adecuado y de calidad,<sup>26</sup> sino a mejorar de manera integral la calidad de vida de las mujeres sobrevivientes del cáncer de mama que se atienden en la red de salud pública, ya que éstas irán en aumento de manera exponencial en los años venideros.

Según el último Informe anual de los derechos humanos de Chile, la responsabilidad del Estado, representada por el Ministerio de Salud, es asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, propiciando estrategias para prevenir y tratar las enfermedades que aquejan a nuestra población, como es el cáncer de mama, comprendiendo las principales determinantes de la salud, como un ambiente saludable, educación formal, información sanitaria,<sup>27</sup> entre otras. Atender estos factores con especial dedicación puede repercutir positivamente en la población a la hora de sobrellevar un evento de salud tan traumático como el cáncer de mama, tanto desde un punto de vista físico como psicosocial.

Las limitaciones de los resultados de esta investigación se relacionan con algunas decisiones metodológicas respecto del diseño adoptadas por razones de factibilidad. Entre

ellas identificamos las siguientes: La definición del tamaño muestral considerando limitaciones de recursos (tiempo para el trabajo de campo y de la entrevistadora) en vez del criterio de saturación de la muestra. Una segunda limitación en este mismo sentido, fue que la única entrevistadora e investigadora principal se desempeña profesionalmente en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Regional de Concepción. Sin embargo, a pesar de la cercanía y la eventual limitación asociada a la relación con las usuarias, es posible constatar en los resultados, que ello no restringió la opinión crítica de las entrevistadas. Una tercera limitación asociada al diseño fue la restricción de las informantes únicamente a las usuarias, dejando de lado la percepción de otros informantes clave para la comprensión integral del proceso, tales como funcionarios/as del equipo de salud y personas que conforman la red de apoyo de la usuaria (pareja, familia nuclear, extensa, amigos/as).

## CONCLUSIÓN

Las mujeres manifiestan conflictos íntimos con sus parejas como consecuencia del cambio corporal y psicológico que existe con el tratamiento invasivo de cáncer de mama, las representaciones sociales que existen en torno al significado que le atribuyen las parejas al cáncer, son las responsables de configurar estigmas y prejuicios sobre el desempeño de la mujer y su actividad en el desarrollo de la sexualidad.

Los aspectos psicosociales más afectados, son la confianza en sí mismas, la baja autoestima, la configuración identitaria a su nuevo cuerpo, las cuales, sumado al desconocimiento de las parejas, daña la trama íntima del desarrollo de la sexualidad.

Sin embargo, a partir de los hallazgos, se identificaron apoyo y comprensión del nuevo proceso de salud, por parte de la pareja, consiguiendo efectos positivos en el bienestar emocional y en la comunicación, que permite sobrellevar una vida familiar e íntima de mejor calidad.

El cáncer de mama, no tiene una representatividad empírica en cuanto a los efectos dis-

capacitantes que genera en la vida cotidiana de las mujeres; sin embargo, este estudio, consiguió concluir que existen severas restricciones y limitaciones en la participación social que enfrentan en su vida personal y comunitaria, gatillando una emergente expresión de discapacidad, específicamente en el ámbito sexual.

Para finalizar, las vivencias de las mujeres con cáncer de mama en torno a la sexualidad, plantean nuevos desafíos para los programas y políticas públicas, particularmente al tratarse de una enfermedad incluida dentro de las garantías explícitas en salud, donde se debe incorporar a las parejas y familias como actores activos en el proceso de detección, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Así también, hacer partícipe en el proceso informativo y educativo a las entidades sanitarias que trabajan directamente con las usuarias,

de manera que reciban capacitaciones y orientaciones técnicas sobre el abordaje de la patología con una perspectiva de género, donde se incorporen y promuevan los derechos sexuales y reproductivos, los cuales se ven constantemente vulnerados por la priorización biomédica de la patología. Instancias como las capacitaciones y talleres con abordaje integral, deben promoverse también en el entorno de las usuarias, haciéndolas partícipes desde el punto de vista inclusivo, colaborativo y de acompañamiento en el proceso de salud/enfermedad.

## AGRADECIMIENTOS

A las mujeres de la comuna de Concepción, por su motivación y fuerza para enfrentar esta situación de vida con valentía.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serra I, Martínez R, Mimica X. Cáncer de Mama en Chile: Un aporte clínico y epidemiológico según un registro poblacional metropolitano. *Rev Chilena Cir* 2009; 61(6):505-514.
2. Guía detallada: Cáncer de seno [en línea]. American Cancer Society; 2016 [consultado el 10.09.2015]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/index>
3. Escorcía V, Villarreal E, Vargas E. Costo del proceso diagnóstico del Cáncer de mama en las unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, México. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2013; 78(2):95-101.
4. Chile. Ministerio de Salud. *Guía Clínica Cáncer de mama*. 3° ed. Santiago: MINSAL; 2011. p. 1-69.
5. Capulín Arellano M. Un desafío a la feminidad: el cáncer de mama. *Int J Good Conscience*. 2014; 9(1):22-31.
6. Ojeda S, Martínez C. Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. *Rev Enferm Herediana*. 2012; 5(2):89-96.
7. Salas C, Grisales H. El reto de la valoración de la calidad de vida en mujeres diagnosticadas con Cáncer de mama. *Salud Uninorte*. 2010; 26(1):132-142.
8. Montazeri A. Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: an overview of the literature from 1982 to 2008. *Health Qual Life Outcomes*. 2009; 7:1-21.
9. Carvalho A, Mesquita E, Almedia I, Figueiredo Z. Aspectos culturales en el proceso de padecer Cáncer de mama. *Avances en Enfermería*. 2005; 13(2):28-35.
10. Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea digital*. 2002:78-102.
11. Giraldo-Mora C. Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de mama. *Rev. Salud Pública*. 2009; 11(4):514-525.
12. Chile. Ministerio de Salud. Mortalidad observada y ajustada por tumores malignos según regiones y sexo [en línea]. Chile: Departamento de estadísticas e información de salud; 2010 [consultado el 10.09.2015]. Disponible en: <http://www.deis.cl/series-y-graficos-de-mortalidad>.
13. Chile. Ministerio de Salud. *Primer Informe de Registros Poblacionales de Cáncer de Chile*. Chile: MINSAL; 2012.
14. Justo N, Wilking N, Jönsson B, Luciani S, Cazap E. A review of breast cancer care



- and outcomes in Latin America. *Oncologist*. 2013; 18(3):248-56.
15. Bastías G, Valdivia G. Reforma de salud en Chile; el plan Auge o Régimen de garantías explícitas en salud. Su origen y evolución. *Boletín Esc Med PUC*. 2007; 32(2):51-58.
  16. Chile. Ministerio de Salud. Cambios al GES a partir del 1 de julio 2013 [en línea] Chile: MINSAL; 2013 [consultado el 10.09.2015]. Disponible en: [http://ssmaule.redsalud.gob.cl/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gd=3598&Itemid=123](http://ssmaule.redsalud.gob.cl/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gd=3598&Itemid=123).
  17. Hospital Guillermo Grant Benavente. Unidad Patología Mamaria (Chile). *Registros estadísticos ingresos de Cáncer de mama*. Concepción; 2014.
  18. Bravo J, Chavez V, Cid D, Montecino R, Toro X, Sepulveda R. Terapia Ocupacional en inclusión laboral: Experiencias a nivel local. *Rev Chilena Terapia Ocup*. 2014; 14(1):111-122.
  19. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Discapacidad y Salud. *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Ginebra: OMS; 2011.
  20. Vázquez M, Silva M, Mogollón A, Fernández-Sanmamed M, Delgado ME. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. 1a ed. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006.
  21. Ruiz Olabuénaga J. *Metodología de la investigación cualitativa*. 5a ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 2012.
  22. Juárez D, Landero R. Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Rev Electrónica Nova Scientia*. 2011; 7(4):17-34.
  23. Meloni E, Barsotti D. Vivencia de la sexualidad después del cáncer de mama: estudio cualitativo con mujeres en rehabilitación. *Rev latino-americana de enfermagem*. 2014; 22(3):408-414.
  24. Castaño A, Palacios-Espinosa X. Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología*. 2013; 10(1):79-93.
  25. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN. *Int J Cancer*. 2015 Mar 1; 136(5):E359-86.
  26. Chile. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Cáncer de Mama [en línea] Chile: MINSAL; 1995 [consultado el 10.09.2015]. Disponible en: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/palestras/cancer/programa\\_nacional\\_cancer\\_mama\\_chile.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/palestras/cancer/programa_nacional_cancer_mama_chile.pdf).
  27. Instituto Nacional de Derechos Humanos (Chile). Informe Anual: Situación de los Derechos Humanos en Chile 2011 [en línea] Santiago: INDH; 2011 [consultado el 10.09.2015]. Disponible en: <http://www.indh.cl/informe-anual-situacion-de-los-derechos-humanos-en-chile-2014>.