

Sexualidad y bienestar durante el proceso oncológico

Un estudio
cualitativo
con pacientes
y supervivientes



asociación
española
contra el cáncer



Autoría

Asociación Española Contra el Cáncer

Antonio Yanes Roldán

Mario López Salas

Belén Fernández Sánchez

María Navarro Martos

Ana Fernández Marcos

Ana Sanz Cortés

Lorena Alonso Rivas

Cristina Álvarez Ruiz

Alba Cabases Benages

Irene Esquilas Pérez

Rosalía Fernández Gómez

Mónica Serrano Valls

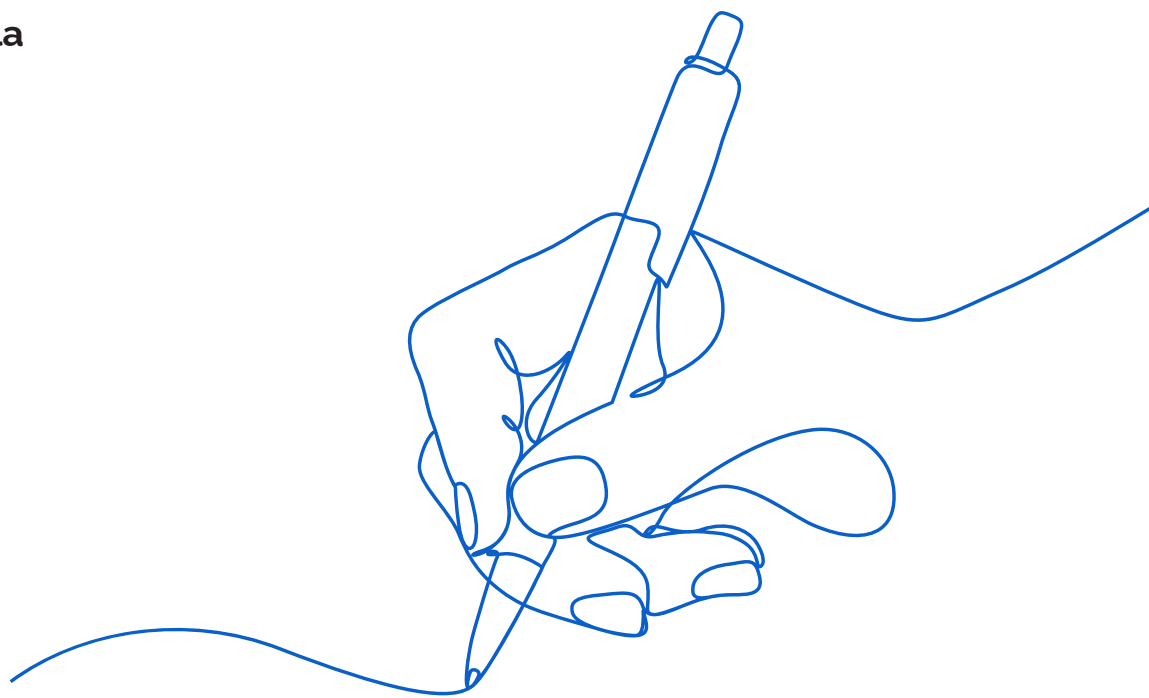
Lucía Tocino Pinto

Nephila Health Partnership

Yolanda Rueda Falcón

Patricia Vázquez Pérez

Jordi Perarnau Aspachs

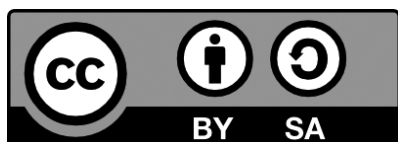


Cómo citar este texto:

Observatorio del Cáncer de la Asociación Española Contra el Cáncer. Sexualidad y bienestar durante el proceso oncológico. Un estudio cualitativo con pacientes y supervivientes. 2025. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.17721325>. Disponible en: <https://observatorio.contraelcancer.es/informes>

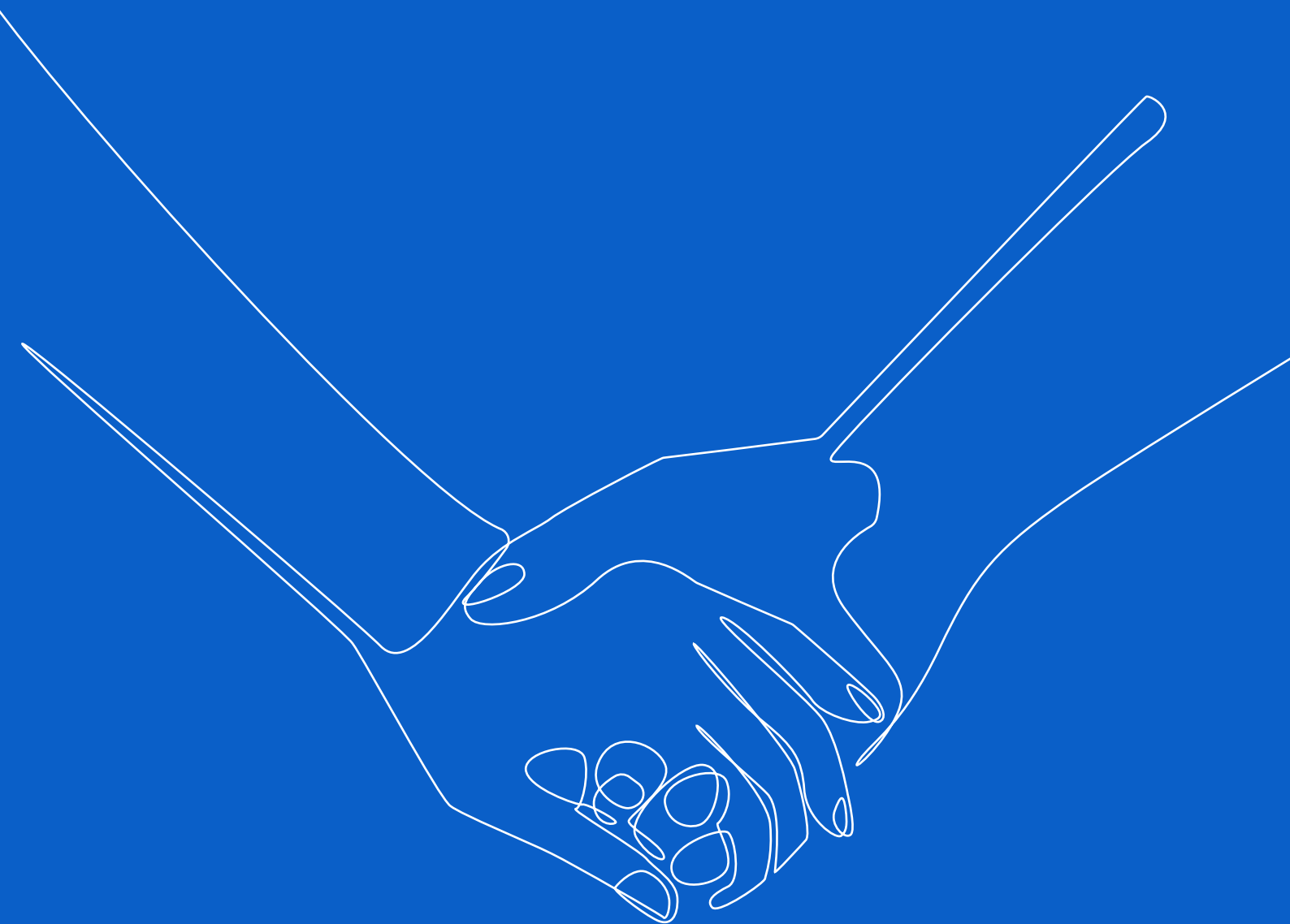
Las publicaciones de la Asociación Española Contra el Cáncer están creadas para su difusión. Con el fin de llegar al mayor número de personas posibles, este informe sigue los términos de la licencia Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0.

This is an open access report distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 License, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium, provided the original authors and source are credited. Any material generated from the remix or transformation of this document must be distributed under the same license as the original.



1/ Introducción	4
2/ Objetivos de la investigación	7
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
3/ Metodología	9
3.1. Diseño y ámbito	10
3.2. Selección de la muestra	10
3.3. Recogida de información	12
3.4. Análisis	12
3.5. Limitaciones	13
4/ Resultados	14
4.1. El papel de la sexualidad antes del diagnóstico	15
4.2. Repercusiones iniciales del diagnóstico y los tratamientos en la sexualidad	16
4.3. Transformaciones físicas y reconstrucción de la relación con el cuerpo	18
4.3.1 Reconfiguración de la imagen corporal	20
4.4. Transformaciones en la vivencia de la sexualidad tras el cáncer	22
4.5. Dimensión relacional y afectiva de la sexualidad	23
4.5.1. Dinámicas sexoafectivas en pareja	23
4.5.2. Vivencias de las personas sin pareja	25
4.6. Impacto en la maternidad y paternidad	26
4.6.1. Maternidad: duelo, pérdida de control y barreras	26
4.6.2. Paternidad: decisiones rápidas y dificultades en el contexto asistencial	26
4.7. El silencio social y sanitario en torno a la sexualidad	27
4.7.1. Tabúes sociales y falta de espacios de confianza	27
4.7.2. Déficit de información en el proceso oncológico	28
4.7.3. Barreras en la comunicación con profesionales sanitarios	29
4.8. Atención psicológica y sexualidad: una dimensión pendiente en la asistencia oncológica	30
4.9. Expectativas de futuro sobre la sexualidad y necesidades no cubiertas	31
4.9.1. Necesidades no cubiertas, barreras percibidas y propuestas de mejora	32
5/ Conclusiones	35
6/ Referencias bibliográficas	38

01 Introducción



La **sexualidad constituye una dimensión esencial de la salud y el bienestar humano**, reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un componente central de la calidad de vida y el desarrollo integral de las personas (1).

En el contexto del cáncer, la enfermedad puede afectar profundamente a diversas dimensiones de la vida de pacientes y supervivientes, incluyendo esferas como la psicológica, física, emocional y social. Sin embargo, **la sexualidad sigue siendo un aspecto frecuentemente invisibilizado en la atención clínica y social**, incrementando la vulnerabilidad de las personas que atraviesan procesos oncológicos (2-4). En este sentido, la sexualidad, lejos de limitarse a la actividad sexual, abarca un conjunto de valores, emociones, actitudes, identidades y relaciones que pueden verse alteradas por los efectos físicos de los tratamientos oncológicos, así como por el impacto emocional y social asociado al proceso de la enfermedad (5-7).

Diversos estudios internacionales han evidenciado que la mayoría de pacientes y supervivientes experimentan **cambios sustanciales en su vida sexual tras recibir un diagnóstico de cáncer**, tanto a nivel físico como psicológico y relacional (8-11). Entre los efectos más frecuentes se encuentran la **disminución del deseo**, la **disfunción eréctil**, la **sequedad vaginal**, la **fatiga**, el **dolor** o la **pérdida de sensibilidad** (5,12,13). A ello se suman las alteraciones en la autoimagen derivadas de los cambios corporales - cicatrices, ostomías, amputaciones, pérdida de cabello o modificaciones en la forma corpora - que afectan de manera directa a la **autoestima** y a la **percepción de deseabilidad** (6,14,15).

La investigación reciente subraya la importancia de **atender la sexualidad como parte integral de la calidad de vida de personas que han recibido un diagnóstico de cáncer**. Algunas publicaciones muestran que los cambios en la función sexual y en el bienestar íntimo no solo son frecuentes, sino que tienden a mantenerse a largo plazo (9,13,16). Estos trabajos coinciden en señalar que las transformaciones derivadas del proceso oncológico son heterogéneas y dependen de variables como el género, la edad, el tipo de cáncer y el contexto relacional (17-19). En el caso de las mujeres, los cánceres de mama y ginecológicos suelen vincularse a una elevada carga emocional relacionada con la identidad corporal y la feminidad, mientras que en los hombres los cánceres de próstata o testículo se asocian principalmente a la disfunción eréctil y a las preocupaciones en torno a la fertilidad (20-22). En el ámbito nacional, el Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer ha puesto de relieve esta problemática mediante un estudio con supervivientes de cáncer, donde un 37,1% declaró haber perdido el interés por el sexo, un 34,7% señaló haber evitado cualquier tipo de actividad sexual y un 36,4% manifestó sentirse insatisfecha con su vida sexual (23). Estos porcentajes se elevan hasta el 62,3%, el 55,1% y el 48% respectivamente en el caso de las mujeres supervivientes de cáncer de mama (24).

También se ha resaltado en la literatura cómo **la sexualidad sigue siendo un aspecto poco abordado en la atención sanitaria**, y que la **falta de información** y acompañamiento profesional constituye una de las principales necesidades no cubiertas de pacientes y supervivientes (25-27). Estas carencias se acompañan de **barreras sociales** relacionadas con el **tabú**, la **estigmatización** y la **ausencia de espacios de confianza** para compartir experiencias íntimas (17,28).

En consecuencia, muchas personas afrontan en **soledad** - en ocasiones por la imposibilidad de comunicar sus preocupaciones a pesar de estar acompañada - los cambios derivados del cáncer y sus tratamientos, llegando a recurrir a fuentes de información poco fiables o renunciando a la búsqueda de apoyo especializado (18,29).

Pese a la relevancia del tema, la sexualidad en el cáncer ha recibido históricamente menos atención en comparación con otros aspectos clínicos y vinculados a la calidad de vida. En parte, esto responde a una tradición biomédica centrada en la supervivencia y la función física, que ha relegado la esfera sexoafectiva a un lugar secundario en la práctica clínica (4,6). No obstante, el creciente interés en torno a la atención integral al paciente oncológico ha impulsado la **necesidad de incorporar enfoques biopsicosociales que aborden de manera sistemática la sexualidad y otras dimensiones relacionadas** (7,16).

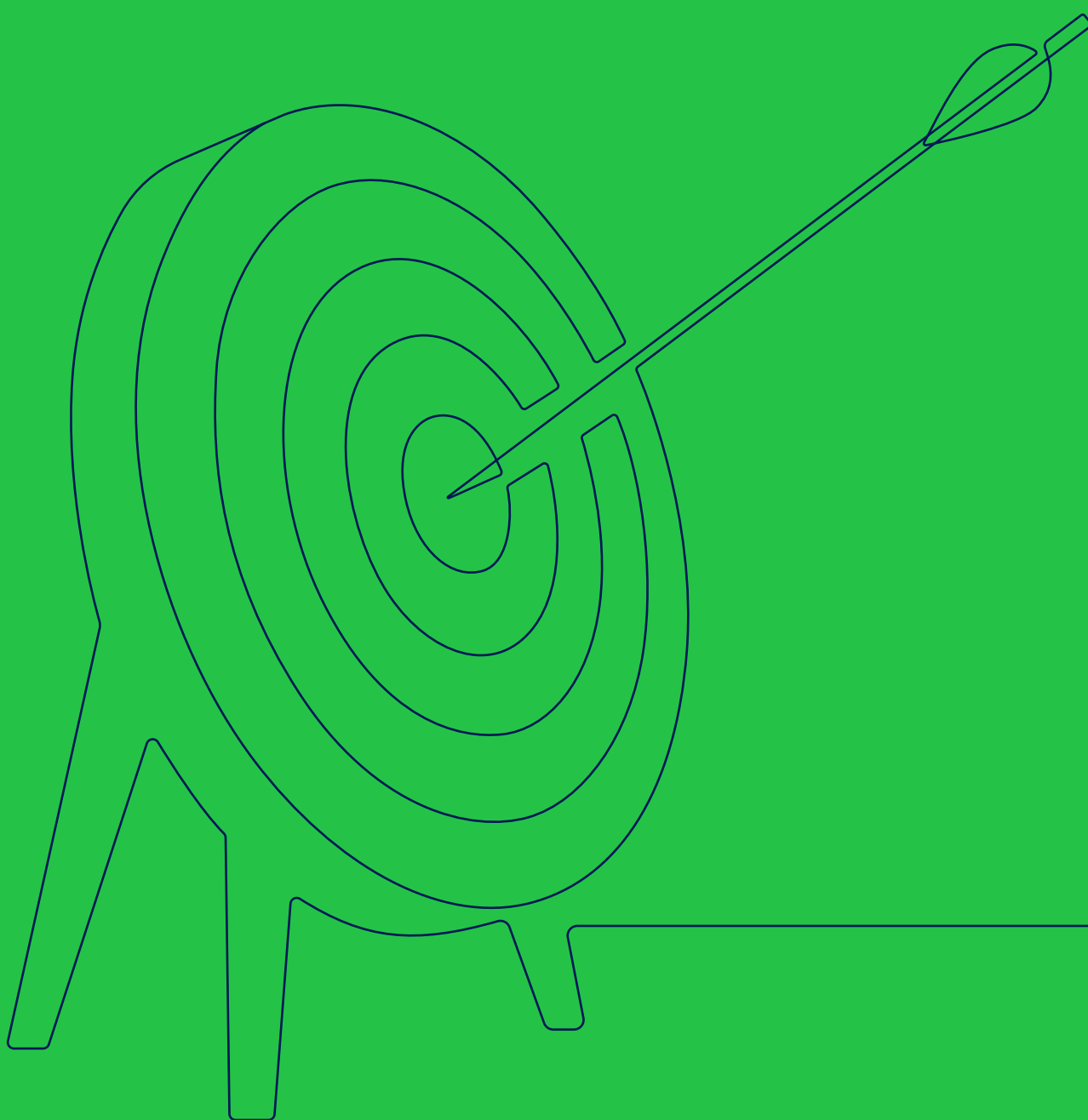
En este marco, la investigación cualitativa adquiere un valor central, ya que posibilita **explorar en profundidad las percepciones, necesidades y expectativas de pacientes y supervivientes oncológicos**. A diferencia de estudios cuantitativos realizados sobre este tema, este enfoque ofrece acceso a la experiencia subjetiva de quienes viven el cáncer, aportando matices y significados que enriquecen la comprensión del fenómeno (8,10,18).

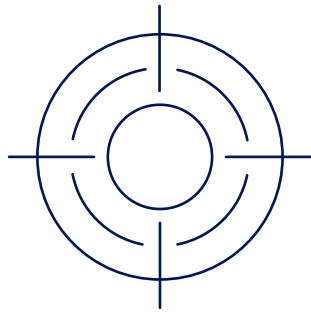
En definitiva, abordar **la sexualidad** en el contexto del cáncer no solo responde a una cuestión de derechos y bienestar, sino que **constituye un componente esencial en la atención integral de la salud**. Comprender las experiencias de pacientes y supervivientes en el ámbito de la sexualidad permite **identificar barreras, visibilizar necesidades no cubiertas y orientar estrategias de intervención** que mejoren la calidad de vida en su sentido más amplio.



02

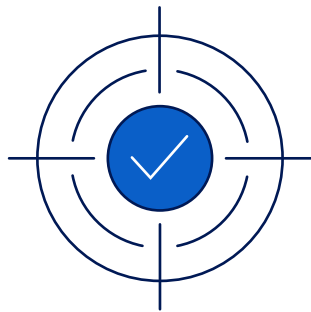
Objetivos de la investigación





■ Objetivo general

Explorar las experiencias y percepciones de pacientes y supervivientes de cáncer sobre el impacto del proceso oncológico en su vida sexual y emocional.



■ Objetivos específicos

- 1/
 - Explorar los cambios y desafíos experimentados en la vida sexual, emocional y en las relaciones sexoafectivas debido al propio diagnóstico, el curso de la enfermedad y los tratamientos.
- 2/
 - Conocer los apoyos e información recibidos a partir del diagnóstico respecto a los cambios experimentados en la sexualidad.
- 3/
 - Explorar las expectativas de pacientes y supervivientes sobre su futura vida emocional y sexual, incluyendo posibles barreras y recursos necesarios para alcanzar una vida sexual plena.

03 Metodología



■ 3.1. Diseño y ámbito

Se empleó una **metodología cualitativa**, mediante la realización de entrevistas en profundidad, grupos triangulares y grupos de discusión a pacientes y supervivientes de cáncer en España. Las dinámicas fueron realizadas entre los meses de abril y junio de 2025 de forma telemática, a través de la plataforma de comunicación Microsoft Teams.

■ 3.2. Selección de la muestra

La identificación de las personas participantes en la investigación se realizó a través de los equipos de atención psicológica de ocho sedes provinciales¹ de la Asociación Española Contra el Cáncer, así como desde el Programa de Paciente con Voz². Se estableció como criterio de inclusión el haber recibido alguna vez en la vida un diagnóstico de alguno de los siguientes tumores:

- Cáncer de mama
- Cáncer colorrectal
- Cáncer ginecológico (cérvix, endometrio, ovario...)
- Cáncer urológico (próstata, pene y/o testículo)

Adicionalmente, se consideraron otros aspectos relevantes de cara a conformar una muestra heterogénea, como el **género** (mujeres y hombres), la **edad**, la **situación sentimental** (en pareja, sin pareja y en situación de viudedad) y el **tipo de tumor o agrupación tumoral** (mama, ginecológico, colorrectal y urológico). Las características de las personas participantes están recogidas en la **Tabla 1**.

¹ A Coruña, Álava, Ávila, Cáceres, Las Palmas, Lleida, Sevilla y Valladolid.

² Se trata de un programa promovido por la Asociación Española Contra el Cáncer que tiene como objetivo garantizar que las personas afectadas por el cáncer tengan la posibilidad de participar de forma activa, estructurada y continuada en la actividad llevada a cabo desde la Asociación, incorporando su voz en la toma de decisiones, el diseño de proyectos y la mejora de servicios, tanto a nivel interno como externo.

Tabla 1. Caracterización de la muestra de participantes

Código participante	Técnica	Sexo	Tipo de tumor	Edad	Situación sentimental	Fase de la enfermedad	Tratamiento/s recibido/s
P1	GD	Mujer	Mama	41 años	En pareja	En tratamiento activo	QMT, CX, TTD
P2	GD	Mujer	Mama	39 años	En pareja	En tratamiento activo	QMT, CX, HT
P3	GD	Mujer	Mama	44 años	En pareja	En tratamiento activo	QMT
P4	GD	Mujer	Mama	40 años	En pareja	En tratamiento activo	QMT, CX, HT
P5	GD	Mujer	Mama	30 años	En pareja	En tratamiento activo	QMT
P6	GT1	Mujer	Mama	37 años	En pareja	En tratamiento activo	QMT, CX, RDT, HT
P7	GT1	Mujer	Mama	38 años	En pareja	En tratamiento activo	QMT, CX, RDT
P8	GT1	Mujer	Mama	30 años	En pareja	En tratamiento activo	QMT
P9	EP	Mujer	Mama	43 años	En pareja	Enfermedad metastásica de evolución prolongada	QMT, CX, RDT, TTD
P10	GT2	Mujer	Mama	52 años	En pareja	En tratamiento activo	QMT, CX, RDT, HT
P11	GT2	Mujer	Mama	66 años	En pareja	En tratamiento activo	QMT, CX, RDT
P12	GT2	Mujer	Mama	48 años	En pareja	En tratamiento activo	QMT, CX, RDT, IT
P13	EP	Mujer	Mama	58 años	En pareja	Supervivencia	CX, RDT, HT
P14	GT3	Mujer	Mama	45 años	En pareja	Supervivencia	CX, RDT, HT
P15	GT3	Mujer	Ginecológico (cérvix)	56 años	En pareja	Supervivencia	QMT, RDT
P16	GT3	Mujer	Colorrectal	49 años	Sin pareja	Supervivencia	QMT, CX, RDT
P17	GT4	Mujer	Ginecológico (endometrio)	56 años	En pareja	En tratamiento activo	QMT, CX, RDT
P18	GT4	Mujer	Ginecológico (ovario)	53 años	En pareja	En tratamiento activo	QMT, CX, IT
P19	GT4	Mujer	Ginecológico (endometrio)	48 años	Sin pareja	En tratamiento activo	QMT, CX, IT
P20	EP	Mujer	Ginecológico (ovario)	50 años	En pareja	Supervivencia	QMT, CX
P21	EP	Mujer	Ginecológico (ovario)	51 años	En pareja	Supervivencia	QMT, CX
P22	EP	Mujer	Ginecológico (cérvix)	58 años	En pareja	Supervivencia	QMT, CX, RDT
P23	EP	Mujer	Colorrectal	48 años	En pareja	En tratamiento activo	QMT, CX, IT
P24	EP	Mujer	Colorrectal	45 años	En pareja	Supervivencia	QMT, CX, RDT
P25	EP	Hombre	Colorrectal	67 años	En pareja	Enfermedad metastásica de evolución prolongada	QMT, CX
P26	EP	Hombre	Colorrectal	68 años	Situación de viudedad	Supervivencia	QMT, CX, RDT
P27	EP	Hombre	Colorrectal	67 años	En pareja	Supervivencia	QMT, CX, RDT
P28	EP	Hombre	Colorrectal	26 años	Sin pareja	En tratamiento activo	QMT, CX, RDT
P29	EP	Hombre	Colorrectal	67 años	En pareja	Supervivencia	CX
P30	EP	Hombre	Urológico (pene)	53 años	En pareja	En tratamiento activo por segundo tumor	CX
P31	EP	Hombre	Urológico (testículo)	53 años	Sin pareja	Supervivencia	QMT, CX
P32	EP	Hombre	Urológico (testículo)	45 años	En pareja (relación abierta)	Supervivencia	QMT, CX
P33	EP	Hombre	Urológico (testículo)	26 años	En pareja	Supervivencia	QMT, CX
P34	EP	Hombre	Urológico (próstata)	55 años	En pareja	En tratamiento activo	RDT, HT
P35	EP	Hombre	Urológico (próstata)	62 años	En pareja	En tratamiento activo	CX, RDT, HT

GD: grupo de discusión; GT: grupo triangular; EP: entrevista en profundidad; QMT: quimioterapia; CX: cirugía; RDT: radioterapia; HT: hormonoterapia; IT: inmunoterapia; TTD: terapia dirigida.

■ 3.3. Recogida de información

Se realizaron un total de 24 dinámicas: 18 entrevistas en profundidad, 4 grupos triangulares y 1 grupo de discusión. De esta manera, el número total de personas que participaron en el estudio ascendió a 35.

Aunque inicialmente, durante la fase de diseño de la investigación, se contempló una combinación de entrevistas en profundidad y dinámicas grupales con el objetivo de obtener una comprensión rica y matizada del impacto del cáncer en la sexualidad de pacientes y supervivientes, el bajo grado de predisposición por parte de los hombres a participar en sesiones conjuntas obligó a adaptar la metodología. De esta manera, los hombres que participaron en el estudio únicamente realizaron entrevistas en profundidad, mientras que las mujeres participaron tanto en dinámicas individuales como grupales. Esta decisión metodológica pudo tener consecuencias en el análisis de los resultados, pero estuvo justificada por la priorización del bienestar emocional de los participantes dada la naturaleza íntima del tema a abordar durante las dinámicas.

Las dinámicas partían de un guion de temas amplio, basado en los objetivos de la investigación y fue definido y consensuado por el equipo del Observatorio Contra el Cáncer y las profesionales de atención psicológica de la Asociación Española Contra el Cáncer. El guion se adaptó a cada una de las tres dinámicas - entrevista en profundidad, grupo triangular y grupo de discusión - adecuándose a las características de las técnicas empleadas y a los contextos de las personas participantes. Las dinámicas fueron grabadas, con el consentimiento de los y las participantes, para ser transcritas íntegramente a posteriori. Las transcripciones resultantes fueron anonimizadas, de tal forma que las personas participantes no fuesen identificables.

En este sentido, con la intención tanto de preservar el anonimato de las personas participantes como de respetar los principales principios éticos en investigación social y sanitaria, dichas personas fueron informadas previamente sobre los objetivos del estudio, las técnicas de recogida a emplear y el uso de los datos obtenidos. La participación fue completamente voluntaria, solicitándose la hoja de consentimiento informado firmada antes de la realización de las dinámicas y ofreciendo la posibilidad de abandonar en cualquier momento de la sesión.

■ 3.4. Análisis

En lo que al análisis llevado a cabo se refiere, a partir de las transcripciones literales de las entrevistas y las dinámicas grupales se realizó una primera lectura exhaustiva que permitió identificar los fragmentos más significativos de los relatos de las personas participantes, es decir, aquellos que reflejaban con mayor claridad experiencias, emociones o percepciones relacionadas con el impacto del cáncer en su sexualidad. Estos fragmentos fueron posteriormente organizados en temas y categorías para facilitar el análisis.

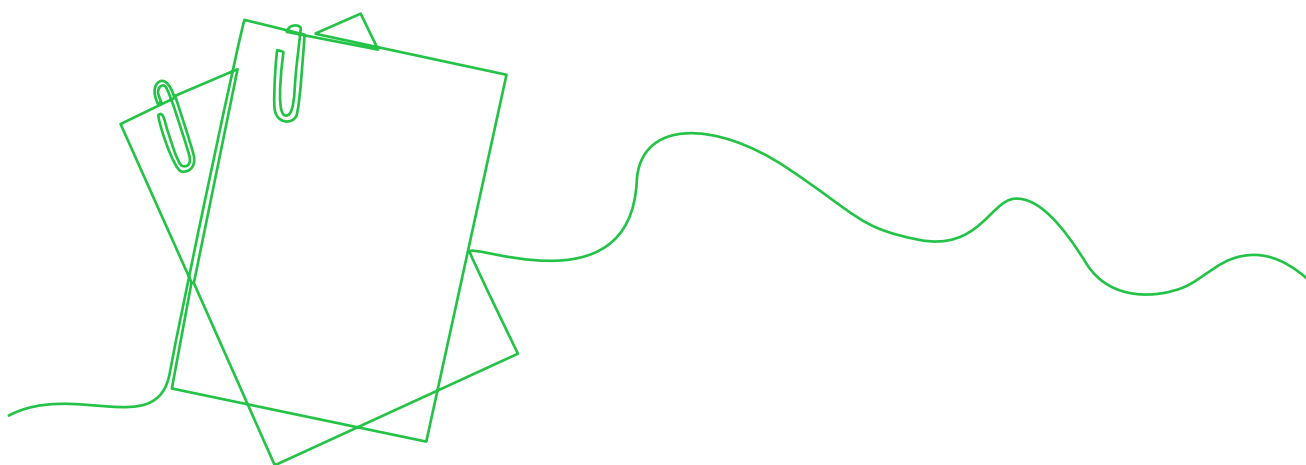
■ 3.5. Limitaciones

Como cualquier investigación social, el presente estudio presenta algunas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar sus resultados. En primer lugar, la menor presencia de hombres y de personas sin pareja limita la posibilidad de profundizar en las vivencias y percepciones de la totalidad de realidades sociales existentes. Por ello, los resultados ofrecen una aproximación exploratoria que, aunque detallada, no alcanza la representatividad estructural inicialmente buscada, pues no logra reflejar la totalidad de las experiencias de la población oncológica.

En segundo lugar, el carácter voluntario de la participación puede haber influido en el perfil de las personas que decidieron implicarse. Este fenómeno, conocido como sesgo de autoselección, puede haber hecho que la muestra esté conformada por pacientes y supervivientes más dispuestos a compartir sus vivencias sobre la sexualidad, quizá porque esta dimensión les afectó de forma más intensa. Esto implica que algunos matices de otras realidades hayan quedado menos reflejados en los resultados de la investigación.

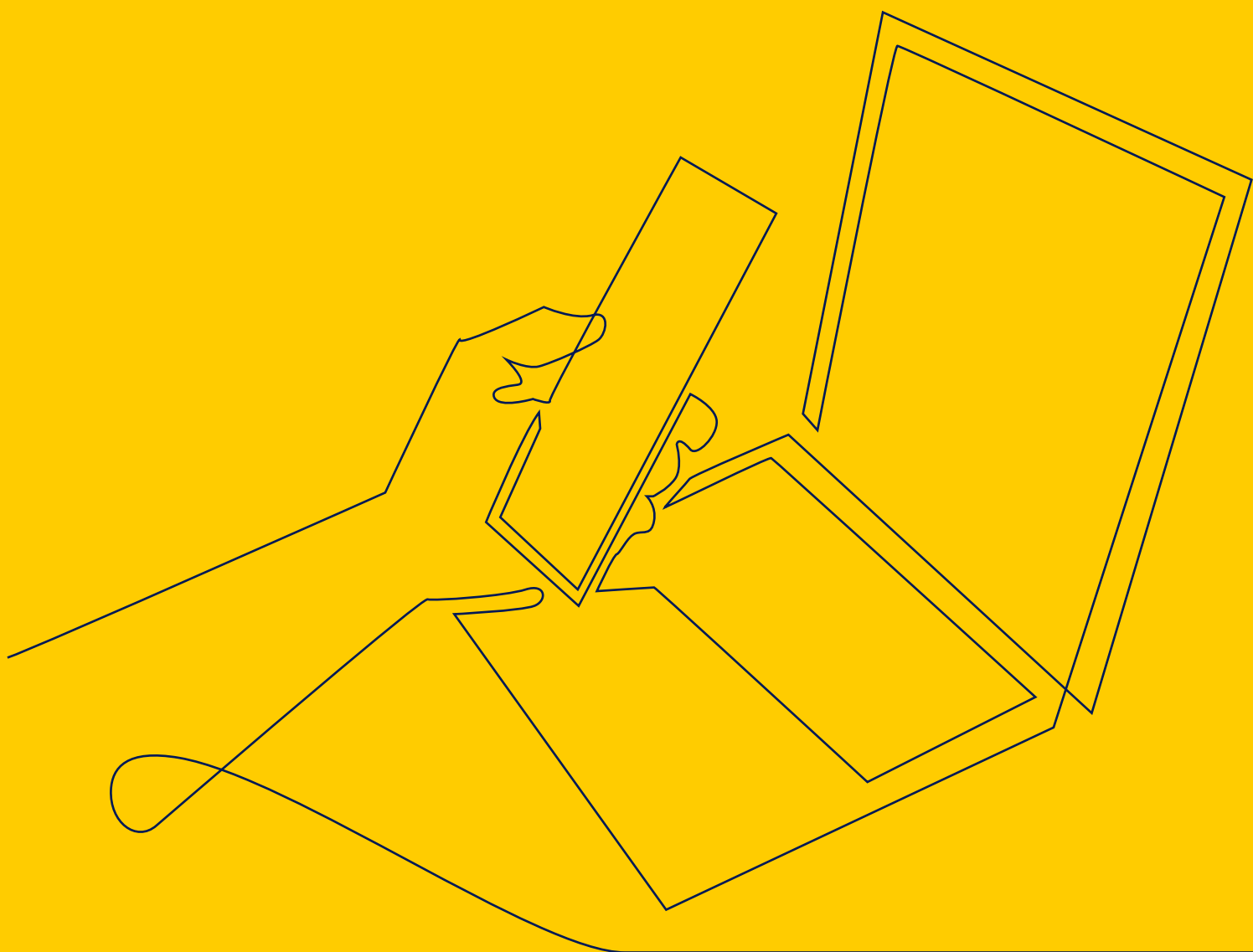
Finalmente, los testimonios se recogen en un momento concreto del proceso vital y oncológico. Esto implica que las percepciones y necesidades expresadas pueden variar en función de la fase del tratamiento, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y la situación personal y relacional de cada paciente.

A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta una visión valiosa y poco explorada del impacto del cáncer y sus tratamientos en la sexualidad, ofreciendo claves interpretativas útiles para la práctica clínica y para el diseño de futuras investigaciones.



04

Resultados



■ 4.1. El papel de la sexualidad antes del diagnóstico

De cara a ahondar en las vivencias y percepciones de las personas participantes sobre el impacto del cáncer en su vida sexual y emocional, se consideró pertinente conocer la situación previa al diagnóstico en lo que respecta a este ámbito.

En general, se observó una visión positiva de su **vida sexual previa al diagnóstico**, con libertad, comunicación y confianza para explorar la sexualidad sin tabúes. Además, la autopercepción declarada del cuerpo y de la apariencia física fue mayoritariamente neutra o positiva.

No obstante, se observaron discrepancias en la vivencia de la sexualidad en función del contexto personal y relacional de cada participante, aunque dichas diferencias no necesariamente afectaban de forma negativa a su bienestar sexual. Algunos de los factores identificados que condicionaban cómo las personas experimentaban su sexualidad previa al diagnóstico eran la **edad**, la **aparición de cargas familiares y laborales**, la **aparición de consecuencias derivadas de otras enfermedades ajenas al cáncer** y las **dinámicas de pareja resultantes de relaciones de pareja estables**.

"Con las niñas en casa, y mi trabajo con viajes constantes, la vida sexual era complicada. Pero cuando encontrábamos un momento, el deseo era incluso mayor. La sexualidad se adaptaba a eso, no era un problema."

P25 (hombre, 67 años, cáncer colorrectal)

"El sexo siempre fue importante para nosotros, pero como mi pareja tenía molestias, fuimos dejando el coito de lado. Aun así, manteníamos una conexión muy íntima y afectuosa. Nuestra sexualidad seguía siendo plena, solo que expresada de otra forma."

P13 (mujer, 58 años, cáncer de mama)

Igualmente, pero en menor medida, también se localizaron casos concretos en los que cuestiones como inseguridades corporales vinculadas con el peso, el deterioro de las relaciones afectivas o intervenciones previas y síntomas del tumor posteriormente diagnosticado repercutieron negativamente en la satisfacción y en el bienestar sexual.

Frente a la ausencia generalizada de dificultades e inseguridades en el contexto de la sexualidad, adicionalmente se observó cómo **la mayoría de las personas participantes otorgaban una gran relevancia a su vida sexual antes del diagnóstico**, ya fuera como un componente esencial de la relación de pareja o como una dimensión importante del bienestar personal. No obstante, **en algunos casos esta dimensión se situaba en un segundo plano**.

Tabla 2. Relevancia de la sexualidad previa al diagnóstico

Importancia otorgada a la sexualidad	Descripción	Testimonios
Esencial	La sexualidad se concibe como una necesidad vital y una fuente central de placer, bienestar y expresión del vínculo afectivo, siendo percibida como un componente clave de la vida relacional y un indicador de la conexión emocional con la pareja.	"Para mí, la sexualidad siempre ha sido un termómetro de cómo estábamos en pareja. Si funcionaba bien, era señal de que estábamos conectados, unidos." P14 (mujer, 45 años, cáncer de mama)
Importante	La sexualidad se valora como una parte relevante del bienestar personal , vinculada al placer, la conexión emocional y la vida afectiva, pero su importancia se sitúa al mismo nivel que otras esferas vitales, como el desarrollo personal y profesional, la convivencia o el respeto mutuo en la relación de pareja.	"La sexualidad es importante, pero no lo es todo. En una relación también cuenta la comunicación, la confianza, estar bien juntos. Es una parte más del conjunto." P33 (hombre, 26 años, cáncer de testículo)
Secundaria	La sexualidad queda relegada a un segundo plano por otras prioridades, como el trabajo, los estudios, la salud o el cuidado de personas. Se valora más la estabilidad, la convivencia, la honestidad o el apoyo mutuo en la relación, frente a la actividad sexual.	"La sexualidad nunca ha sido lo principal en nuestra relación. Lo importante siempre ha sido estar bien juntos, apoyarnos, tener estabilidad. Si tenemos sexo bien, pero, si no, también." P20 (mujer, 50 años, cáncer de ovario) "Nunca fue un pilar en mi vida. Había cosas que me importaban más: la universidad, sacar mi carrera adelante... La sexualidad estaba ahí, pero no era algo central." P28 (hombre, 26 años, cáncer colorrectal)

4.2. Repercusiones iniciales del diagnóstico y los tratamientos en la sexualidad

Las personas participantes reportaron una **interrupción inmediata en la actividad sexual tras el diagnóstico de cáncer**, como consecuencia de la **ausencia total del deseo sexual**. Esta reducción repentina del deseo sexual se produce antes de la aparición de los cambios físicos, de la sintomatología y de las secuelas derivadas de la patología y los tratamientos recibidos. Las principales causas de dicha interrupción son:

- El **impacto emocional causado por la comunicación del diagnóstico**, que suele generar principalmente miedo, incertidumbre, shock inicial...

"Cuando te dan la noticia del cáncer, te quedas en shock, sólo puedes pensar en por qué te ha pasado a ti, qué te ocurrirá, cómo se lo dirás a tus familiares."

P25 (hombre, 67 años, cáncer colorrectal)

- La **redefinición de las prioridades vitales**, que se convierten en el afrontamiento de la enfermedad y en la supervivencia.

"En el momento del diagnóstico ni se te pasa por la cabeza pensar en el sexo. Toda gira en torno a los tratamientos y cómo enfrentarte a la enfermedad, como si la mente entrara en modo de supervivencia."

Pg (mujer, 43 años, cáncer de mama)

"La sexualidad desaparece de tu mente y deja de ser una prioridad." P25 (hombre, 67 años, cáncer colorrectal)

- La **anticipación de los cambios físicos que provocarán los tratamientos**, especialmente entre quienes ya han experimentado un cáncer, han tenido una recidiva o han vivido procesos oncológicos de familiares o personas cercanas.

"Con el segundo diagnóstico, con solo imaginarme que volvería a perder el cabello y que aparecerían aún más cicatrices, ya no tenía ganas de que nadie me viera y, mucho menos, de mantener relaciones sexuales."

P10 (mujer, 52 años, cáncer de mama)

La interrupción de la vida sexual en el momento del diagnóstico tiende a mantenerse en el tiempo mientras los y las pacientes se someten a distintos tratamientos. Dicha interrupción en numerosas ocasiones es provocada por la ausencia de deseo sexual debido a la aparición de cambios físicos y otras secuelas de índole emocional.

"Durante los tratamientos estás tan cansado que no piensas en el sexo. Entre ciclos de quimioterapia te recuperas algo, pero justo cuando empiezas a sentirte mejor te toca otro."

P27 (hombre, 67 años, cáncer colorrectal)

En este sentido, los cambios en el cuerpo pueden afectar tanto a la imagen personal como a la percepción de ella, generando **malestar** e incluso **rechazo hacia el propio cuerpo**.

"Tras el diagnóstico, no hemos vuelto a tener relaciones. Seguimos muy centrados en la enfermedad. Además, con los cambios en mi aspecto físico (como la caída del pelo y las cejas) no me veo bien ni pienso en retomar la sexualidad."

P4 (mujer, 40 años, cáncer de mama)

Así, los efectos secundarios de los tratamientos - como el cansancio, el dolor o las alteraciones hormonales - pueden disminuir el bienestar físico, la energía y el deseo, dificultando así el desarrollo de relaciones sexuales con normalidad. A pesar de que algunos de dichos efectos son comunes entre los tratamientos, las personas participantes reportan diferencias en cuanto a los cambios físicos experimentados en función de estos. En la **Figura 1** se muestran los principales cambios y efectos declarados por las personas participantes derivados de sus tratamientos, aunque es necesario tener en cuenta que no todas las consecuencias de dichos tratamientos han sido mencionadas.

Tabla 3. Impacto reportado de los tratamientos oncológicos en la sexualidad

Tratamientos	Cambios corporales y estéticos	Confort físico y respuesta sexual
Quimioterapia	<ul style="list-style-type: none"> - Alopecia - Pérdida de cejas y pestañas - Alteraciones de la piel - Cambios de peso 	Sequedad vaginal, dispareunia, menopausia precoz, malestar físico general, fatiga.
Cirugía	<ul style="list-style-type: none"> - Cicatrices - Amputación o alteración de órganos sexuales externos - Port-a-Cath - Ostomías 	Dolor, reducción de sensibilidad de zonas erógenas, atrofia vaginal, disminución del volumen de eyaculación o eyaculación retrógrada, disfunción eréctil, incontinencia urinaria o fecal.
Radioterapia y braquiterapia	<i>Las personas participantes no reportaron cambios corporales y estéticos vinculados a estos tratamientos</i>	Fatiga, hemorragias, dispareunia, fibrosis vaginal, fistulas rectovaginales, daño a estructuras rectales y vaginales, dolor local, quemaduras y/o aumento de la sensibilidad al dolor en tejidos de zonas erógenas, atrofia vaginal.
Hormonoterapia	Cambios de peso	Menopausia o andropausia, inhibición o disminución del deseo sexual, disfunción eréctil, sequedad vaginal, cambios de humor.
Tratamientos de soporte (opiáceos y corticoides)	Cambios en la silueta de la cara	Disminución del deseo sexual.

4.3. Transformaciones físicas y reconstrucción de la relación con el cuerpo

Tanto **los cambios físicos como las alteraciones sexuales y reproductivas derivadas del cáncer pueden afectar de manera negativa en la autoestima** de pacientes y supervivientes, en gran parte debido a la tendencia a compararse con personas de su entorno que no han atravesado la enfermedad. Esta comparación constante puede generar sentimientos de inferioridad, favoreciendo la aparición de pensamientos persistentes en torno al cáncer y sus consecuencias.

"Ves a mujeres que están bien y tú te ves sin cejas, sin pestañas, sin pelo, con una cara que no reconoces. Esto te hace sentirte inferior a nivel estético."

P3 (mujer, 44 años, cáncer de mama)

Algunas participantes manifestaron inseguridad frente a las reacciones de su entorno social ante los signos visibles de la enfermedad. Como respuesta a esta inseguridad, se observó de forma generalizada una exigencia autoimpuesta para ocultar dichos signos con el fin de reducir la exposición a miradas, comentarios o actitudes estigmatizantes.

"Te pones pañuelo y peluca por cómo te miran y para evitar que te vean como una enferma, no por ti."

P12 (mujer, 48 años, cáncer de mama)

En el caso de las pacientes y supervivientes con cáncer de mama, algunas mujeres comentaron haber experimentado **presión social** por parte de su entorno cercano para someterse a una reconstrucción mamaria mediante implantes tras la cirugía. Esta presión parece estar **condicionada por estereotipos sociales** profundamente arraigados que vinculan la feminidad con la presencia de senos.

"Cuando me dijeron que me iban a quitar el pecho, todo el mundo asumía que me pondría implantes y no entendían lo que significa perder una parte de ti. Me decían "verás qué bonitos quedarán", "así te los pones nuevos", como si fuera una simple cirugía de aumento de pecho."

P10 (mujer, 52 años, cáncer de mama)

Aunque el impacto en la autoestima se observó con mayor frecuencia en mujeres supervivientes, **algunos hombres también reportaron dificultades en este ámbito**. Sin embargo, a diferencia de las mujeres, en ninguna de las entrevistas los hombres mencionaron haber sido explícitamente presionados para someterse a la colocación de prótesis tras la intervención.

"Sabes que eres tú, pero no te reconoces. No es solo el cuerpo, es cómo lo sientes. Es como si estuvieras viviendo en alguien que no eres tú."

P29 (hombre, 67 años, cáncer colorrectal)

"Decidí no ponerme la prótesis testicular y nadie me insistió ni me cuestionó. Ni los médicos ni mi entorno. Fue algo personal, y me sentí totalmente respetado."

P32 (hombre, 45 años, cáncer de testículo)

La combinación de estos factores deteriora la relación de pacientes y supervivientes con su propio cuerpo y su imagen, lo que repercute también en la vivencia de su sexualidad. Esta situación puede dar lugar a sentimientos como la **percepción de ser "menos mujer" o "menos hombre"**, la dificultad para reconocerse como personas deseables o suficientes para sí mismos y para sus parejas, la sensación de un envejecimiento repentino y prematuro o la incapacidad de identificarse en su propio cuerpo.

"Te miras al espejo y no te reconoces, ya no eres la misma... Es como si hubieras perdido la versión anterior de ti misma y, ahora, estás en un cuerpo que no sientes como tuyo."

P6 (mujer, 37 años, cáncer de mama)

"Con todos los cambios me veo mayor y frágil. Es como si, de repente, hubiera envejecido veinte años."

P26 (hombre, 68 años, cáncer colorrectal)

4.3.1 Reconfiguración de la imagen corporal

La reconfiguración de la imagen corporal y de la sexualidad tras el cáncer constituye un **proceso individual y variable**, determinado en gran medida por el tipo de tumor, la zona del cuerpo afectada y el grado en que los tratamientos alteran la función sexual y la apariencia física. Además, este proceso **puede estar influido por el significado simbólico y emocional que cada persona atribuya a dichos cambios**.

Tabla 4. Reconfiguración de la imagen corporal y la sexualidad por agrupaciones tumorales

Agrupaciones tumorales	Descripción	Testimonios
Tumores que afectan directamente a la función sexual (colorrectal, ginecológico, próstata)	<ul style="list-style-type: none"> - Atención centrada en la pérdida de capacidad funcional: dolor, sequedad, disfunción eréctil u otros efectos que dificultan las relaciones sexuales - El conflicto gira en torno a la vivencia de "no poder" o "no saber" cómo ejercer la sexualidad - La preocupación principal es recuperar la funcionalidad sexual - El proceso de reconfiguración corporal y sexual tiende a ser más corto o menos visible 	<p>"Con el tiempo te acostumbras a verte con tu nuevo aspecto. Lo más duro son los cambios internos: las hemorragias, las molestias... A veces, no puedes empezar las relaciones sexuales, porque sabes que va a doler. Aceptar el cuerpo por fuera no sirve de mucho si la barrera es interna."</p> <p>P17 (mujer, 56 años, cáncer de endometrio)</p> <p>"Al principio, fue difícil mirarme al espejo con el acné, sin pelo... Porque me veía desmejorada. Con el tiempo he ido recuperando esa imagen que tenía de mí, sobre todo por cómo me ve mi pareja. Lo único que me limita ahora a nivel físico es el dolor."</p> <p>P24 (mujer, 45 años, cáncer colorrectal)</p>
Tumores con cambios físicos visibles, pero sin gran afectación funcional (testicular, de pene, colorrectal en hombres)	<ul style="list-style-type: none"> - La función sexual puede mantenerse, pero hay cambios físicos que impactan en la imagen personal (pérdida de un testículo, ostomía o disminución del tamaño del pene) - No siempre son visibles, pero pueden tener un efecto importante en la autoestima y la seguridad sexual - El proceso se centra más en la aceptación del nuevo cuerpo y suele ser más breve y manejable 	<p>"Al principio, la bolsa me resultaba extraña, pero luego la aceptas: es incómoda, pero forma parte de ti. No me afectó a nivel sexual, sino estético."</p> <p>P25 (hombre, 67 años, cáncer colorrectal)</p> <p>"Con el paso del tiempo te acostumbras a llevar la bolsa. Como no se ve, no tienes esa mirada externa que te juzgue, lo cual ayuda mucho a que no me afecte emocionalmente."</p> <p>P30 (hombre, 53 años, cáncer de pene)</p>
Cáncer de mama (particularmente entre mujeres jóvenes)	<ul style="list-style-type: none"> - Afecta a una parte del cuerpo con una fuerte carga simbólica, vinculada a la feminidad, la maternidad y la identidad sexual - Las cicatrices, las asimetrías y los cambios de peso o de forma corporal pueden generar un impacto profundo en la autoimagen - Se atraviesan sentimientos de pérdida, inseguridad o desconexión con el cuerpo - La aceptación del nuevo cuerpo y la reconstrucción de la identidad sexual suelen requerir periodos prolongados de tiempo y acompañamiento emocional 	<p>"Perder un pecho no es solo perder una parte del cuerpo. Es perder una parte de lo que sientes que te hace mujer. Me ha llevado tiempo volver a aceptarme, y aún estoy en ello. No es solo físico, es emocional."</p> <p>Pg (mujer, 43 años, cáncer de mama)</p> <p>"Todo cambia: tu cuerpo, tu energía, tu forma de verte. Hasta que no aceptas que ya no eres la de antes, no puedes retomar la vida sexual; y esto es un proceso que lleva mucho tiempo y paciencia."</p> <p>P1 (mujer, 41 años, cáncer de mama)</p>

Este proceso puede comenzar al finalizar el tratamiento o incluso durante el mismo, y está condicionado por la magnitud y persistencia de los cambios físicos. Asimismo, intervienen otros factores como el estadio del cáncer, la intensidad del tratamiento y la capacidad individual de afrontamiento.

Los resultados observados del proceso de recuperación y resignificación de la actividad sexual son heterogéneos, ya que dependen tanto de los factores previamente señalados como de las experiencias personales y sexoafectivas previas de cada persona.

Tabla 5. Recuperación y resignificación de la actividad sexual

Grado de recuperación de la actividad sexual	Descripción	Testimonios
Total	<ul style="list-style-type: none"> - Más habitual en tumores con escaso impacto funcional y alteraciones poco visibles, como el testicular, el colorrectal en hombres con estadios iniciales o el de pene - La actividad sexual puede reanudarse de forma similar a la etapa previa al diagnóstico, una vez superada la fase de aceptación de los cambios corporales 	<p>"Después de la operación, todo volvió a la normalidad. No hubo cambios en el deseo ni en cómo vivía mi sexualidad. Lo del testículo fue algo físico, nada más."</p> <p>P31 (hombre, 53 años, cáncer de testículo)</p>
Parcial	<ul style="list-style-type: none"> - Común en cánceres como el de mama, los ginecológicos y el colorrectal, tanto en mujeres como en hombres - La actividad sexual suele retomarse con modificaciones sustanciales, priorizando el vínculo afectivo por encima del coito, y se ve condicionada tanto por secuelas persistentes (como dolor, sequedad o disfunción eréctil) como por miedos relacionados con la posibilidad de revivir experiencias dolorosas, experimentar nuevas molestias o contraer infecciones 	<p>"Desde que tengo tanta sequedad y molestias, no podemos tener relaciones como antes. El coito ya no es posible sin dolor, así que lo hemos dejado de lado. Pero seguimos compartiendo cariño, nos tocamos, nos abrazamos... Eso también es parte de nuestra sexualidad ahora."</p> <p>P15 (mujer, 56 años, cáncer de cérvix)</p>
Ausencia de recuperación	<ul style="list-style-type: none"> - En casos de secuelas físicas severas y alteraciones funcionales irreversibles (como la disfunción eréctil permanente o el cierre total de la vagina) o de tratamientos crónicos o de larga duración (especialmente de hormonoterapia en cáncer de próstata), se produce una renuncia a la actividad sexual coital - En la mayoría de los casos, la sexualidad se reorienta hacia el afecto, la conexión emocional y la compañía, como alternativa ante la dificultad o imposibilidad de disfrutarla del mismo modo que antes del diagnóstico 	<p>"Con la hormonoterapia desapareció el deseo. No tengo erecciones desde hace mucho. Aceptamos que ya no hay relaciones como antes, pero seguimos juntos, cuidándonos, compartiendo momentos. Eso también es amor, aunque no haya sexo."</p> <p>P34 (hombre, 55 años, cáncer de próstata)</p>

■ 4.4. Transformaciones en la vivencia de la sexualidad tras el cáncer

Tras el proceso oncológico, **la sexualidad no necesariamente desaparece, sino que se transforma**. Para muchas personas, esta transformación se traduce en una revaloración de la intimidad en un sentido amplio, que adquiere un significado más profundo vinculado a la **vitalidad**, la **conexión emocional** y el **disfrute del presente** y no tanto a experiencias reducidas únicamente al coito.

"Para mí, la sexualidad siempre ha sido parte de sentirme viva. Y, aunque haya cambiado, la sigo considerando igual de importante que antes."

P11 (mujer, 66 años, cáncer de mama)

"El sexo siempre fue importante para nosotros, pero como mi pareja tenía molestias, fuimos dejando el coito de lado. Aun así, manteníamos una conexión muy íntima y afectuosa. Nuestra sexualidad seguía siendo plena, solo que expresada de otra forma."

P13 (mujer, 58 años, cáncer de mama)

"Antes no le daba importancia, era una parte más. Ahora, la valoro mucho más, como una forma de conectar, de estar presente y de disfrutar. Tras el cáncer te das cuenta de la importancia de cosas a las que antes no les prestabas atención o no te importaban."

P32 (hombre, 45 años, cáncer testicular)

La interrupción temporal de la vida sexual genera un sentimiento de pérdida que, al revertirse, es vivido como una recuperación de lo perdido, lo que **intensifica la valoración positiva de la sexualidad** una vez controlada o superada la enfermedad.

"Durante meses la sexualidad desapareció de mi vida, pero cuando empecé a sentir deseo otra vez, fue como recuperar una parte de mí que daba por perdida. Ahora lo valoro más que antes, porque sé lo que es no tenerlo."

P15 (mujer, 56 años, cáncer de cérvix)

Sin embargo, las transformaciones en la vivencia de la sexualidad no son homogéneas. Para quienes nunca otorgaron gran relevancia a su vida sexual antes del diagnóstico, esta dimensión pierde aún más peso tras el proceso oncológico, fundamentalmente debido a la presencia de dolor, fatiga o disfunciones persistentes.

"La sexualidad nunca fue algo prioritario para mí, y después de este proceso, mucho menos. Con el dolor y lo incómodo que resulta, es una parte que he ido dejando de lado, sin que me suponga un problema."

P23 (mujer, 48 años, cáncer colorrectal)

En otros casos, la pérdida de pareja o la ausencia de comunicación en la relación conduce a una **renuncia progresiva** o incluso definitiva.

"Podríamos haberlo retomado, pero nunca hablamos de ello. Al final, el sexo desapareció sin darnos cuenta. Ahora ya no le doy importancia."

P25 (hombre, 67 años, cáncer colorrectal)

Finalmente, para quienes experimentan secuelas físicas irreversibles o muy persistentes, la sexualidad se resignifica en nuevas formas de intimidad no centradas en el coito y basadas en el afecto y la cercanía emocional.

"Ya no tenemos relaciones con penetración, pero eso no significa que no haya sexualidad. Ahora se centra en un abrazo, una caricia, una mirada. Es lo que nos queda, y por eso es más importante que nunca. Es nuestra manera de seguir conectados."

P35 (hombre, 62 años, cáncer de próstata)

■ 4.5. Dimensión relacional y afectiva de la sexualidad

4.5.1 *Dinámicas sexoafectivas en pareja*

La pareja constituye, para la mayoría de las personas afectadas, **el principal pilar emocional y relacional en la reconstrucción de la sexualidad**, así como de otros aspectos del día a día, tras el cáncer. Su papel es clave para facilitar la **aceptación corporal**, ofrecer **seguridad afectiva** y acompañar en la búsqueda de nuevas formas de intimidad. Sin embargo, este acompañamiento no está exento de tensiones, silencios y dificultades.

Muchas personas destacan el acompañamiento y la comprensión recibidos, resaltando cómo la pareja ha sido fundamental para sostener la autoestima y la confianza en un momento de gran vulnerabilidad.

"La sexualidad es un tema muy íntimo. Con la pareja es con la única persona con la que me siento cómoda hablando de estas cosas. Ni siquiera con amigas."

P2 (mujer, 39 años, cáncer de mama)

"Mi pareja ha sido fundamental. Ha estado a mi lado en todo momento, sin presionarme, ayudándome a aceptar mi cuerpo y a sentirme querida, incluso cuando yo no podía hacerlo."

P17 (mujer, 56 años, cáncer de endometrio)

Este apoyo a menudo se traduce en flexibilidad para **explorar nuevas formas de intimidad**, en refuerzos positivos sobre la imagen corporal y en la disposición a escuchar las necesidades del otro. Estas actitudes permiten fortalecer los vínculos emocionales y facilitan que se le otorgue un nuevo significado a la vida sexual.

Junto a estas experiencias de apoyo, emergen también relatos donde la **inseguridad** y el **miedo al rechazo** impulsan a mantener relaciones sexuales a pesar de la ausencia de un deseo real. Esta práctica, descrita tanto por mujeres como por hombres, responde a múltiples motivaciones: temor a que la pareja busque intimidad fuera de la relación, miedo a que el vínculo afectivo se debilite, necesidad de "compensar el cuidado recibido", deseo de conservar la normalidad previa al cáncer o intención de evitar que la pareja se preocupe.

"Sentía que le debía tanto a mi pareja por estar a mi lado, que tenía que devolvérselo de alguna forma. Y aunque no tuviera ganas, me esforzaba por corresponderle."

P14 (mujer, 45 años, cáncer de mama)

"Tenía relaciones, aunque no me apeteciera, para que él no se preocupara. Quería que todo pareciera normal, como antes, y que no sintiera que algo entre nosotros había cambiado."

P18 (mujer, 53 años, cáncer de ovario)

Estas experiencias muestran cómo la presión autoimpuesta puede derivar en encuentros insatisfactorios y dolorosos, con impacto negativo en la vivencia de la sexualidad.

Por otra parte, en contextos de pareja la comunicación emerge como un elemento esencial para afrontar los cambios. De esta manera, cuando se establece un **diálogo abierto**, las parejas tienden a adaptarse mejor, buscando alternativas satisfactorias y **reforzando la conexión afectiva**.

"Es muy importante hablar con tu pareja y tener la confianza de decirle como te sientes y lo que te gusta en esta nueva situación para que tú también disfrutes de la relación. Estas conversaciones las estoy teniendo más ahora, después de 15 años juntos."

P1 (mujer, 41 años, cáncer de mama)

"Hablar de lo que sentimos y lo que nos ha pasado, sin esconder nada, ha hecho que la enfermedad no destruya nuestra vida íntima. Gracias a ello, seguimos conectados, de otra forma, pero igual de satisfactoria."

P34 (hombre, 55 años, cáncer de próstata)

Por el contrario, la evitación de estas conversaciones puede conducir a silencios prolongados, incertidumbre sobre el deseo sexual de la pareja y frustración acumulada.

"Sé que mi pareja estaba dispuesta a hablar, pero fui yo quien he ido evitando el tema. Me resultaba más fácil callar que enfrentar esa conversación. Al final, dejamos de tener intimidad y aunque fue algo progresivo, ahora siento que quizás lo podría haber manejado de otra forma."

P25 (hombre, 67 años, cáncer colorrectal)

Con menos frecuencia, algunos relatos reflejan la incapacidad de la pareja para afrontar la situación, derivando en rupturas abruptas o en la ausencia de espacio para la sexualidad dentro de la propia relación.

"Cuando le expliqué el diagnóstico a mi pareja, desapareció sin decir por qué. Y todavía hoy me pregunto el motivo."

P16 (mujer, 49 años, cáncer colorrectal)

4.5.2. Vivencias de las personas sin pareja

Las personas que atraviesan el proceso oncológico sin pareja presentan una situación especialmente compleja en relación con la sexualidad. A la **ausencia de apoyo emocional íntimo** se suman barreras sociales, físicas y psicológicas que dificultan la reconstrucción de la vida afectiva y sexual.

En este sentido, el **temor a ser rechazados** debido a las secuelas físicas constituye una de las barreras más señaladas. Las cicatrices, la ausencia de órganos sexuales, los cambios en el pecho o la presencia de una ostomía generan **inseguridad** y alimentan la **sensación de no ser suficientes** para una posible pareja sexoafectiva.

"¿Para qué contar lo mío? Si digo que no puedo tener relaciones con penetración, me van a rechazar. Es más fácil callar y no ilusionarse."

P16 (mujer, 49 años, cáncer colorrectal)

"Ahora mismo ni me planteo tener pareja ni sexo, con todas las cicatrices, el estado del pecho y el pelo, A veces me pregunto si algún día podré volver a disfrutar del sexo, si me sentiré suficiente como para estar con alguien y si será posible sentirme cómoda otra vez."

P19 (mujer, 55 años, cáncer de endometrio)

Además, algunas personas sin pareja optan por el silencio, ya que consideran que ni familiares ni amistades pueden comprender sus vivencias íntimas. El **tabú social** sobre la sexualidad en contextos de enfermedad alimenta esta sensación de incompreensión.

"Sé que el sexo no es solo penetración, pero ¿quién va a aceptar eso? Yo puedo explicarlo sin problema, pero no sé si encontraré a alguien que lo entienda."

P26 (hombre, 68 años, cáncer colorrectal)

"No me da vergüenza explicar mi situación ni lo que me ha pasado. Pero cuando lo cuento, muchas veces cambia la forma en que me miran. Es como si dejara de ser una persona normal y pasara a ser 'el enfermo'."

P28 (hombre, 26 años, cáncer colorrectal)

Ante estas barreras detectadas entre pacientes y supervivientes que afrontan el proceso oncológico sin pareja, algunas personas adoptan una actitud de renuncia o resignación. Sin embargo, otras se muestran abiertas a encontrar una pareja en el futuro. En ambos casos, la inseguridad y el miedo a no poder sentirse comprendidos ni ofrecer una sexualidad "convencional" siguen presentes.

"Tengo muy asumido que mi vida ahora es asexual, pero aún conservo la esperanza de encontrar a alguien que entienda y acepte mi situación; no me cierro puertas."

P16 (mujer, 49 años, cáncer colorrectal)

■ 4.6. Impacto en la maternidad y paternidad

La vivencia del cáncer también interfiere de manera directa en los proyectos de maternidad y paternidad, generando emociones intensas y, en muchas ocasiones, procesos de duelo. El impacto difiere entre mujeres y hombres, aunque en ambos se identifican **carencias informativas** y **barreras en la planificación reproductiva**.

4.6.1. Maternidad: duelo, pérdida de control y barreras

En mujeres jóvenes, el diagnóstico de cáncer suele coincidir con una etapa vital en la que la maternidad está presente como deseo o proyecto. La urgencia de iniciar tratamientos oncológicos precipita las decisiones sobre la **preservación de la fertilidad**, lo que puede provocar ansiedad y sensación de pérdida de control de la situación.

"Cuando te hablan de la preservación de la fertilidad sientes que pierdes el control de tus decisiones y de tus planes de vida. Pero solo piensas en empezar cuanto antes el tratamiento, porque lo urgente es que el cáncer no avance."

P5 (mujer, 30 años, cáncer de mama)

A ello se suma el **duelo por la imposibilidad de gestar** en aquellos casos en los que la fertilidad se ve afectada de manera irreversible. Muchas mujeres describen sentimientos de **pérdida de identidad femenina** y reportan comparaciones dolorosas con otras mujeres, libres de enfermedad, de su misma edad.

"Tú a lo mejor no tienes claro si quieres ser madre o no, pero no tener la posibilidad de decidirlo es lo que te destruye."

P7 (mujer, 38 años, cáncer de mama)

Esta pérdida de control y la frustración consecuente se ven agravadas por la percepción de déficit de información, orientación y asesoramiento sobre la posibilidad de preservar la fertilidad. Algunas participantes señalaron no haber sido advertidas por los y las profesionales sanitarios sobre las opciones disponibles en cuanto a procesos de preservación.

"Yo ya tenía un hijo cuando me diagnosticaron, pero siempre piensas: "¿podré volver a tener hijos?" A mí no me ofrecieron congelar óvulos ni me preguntaron si quería ser madre."

P9 (mujer, 43 años, cáncer de mama)

4.6.2. Paternidad: decisiones rápidas y dificultades en el contexto asistencial

En los hombres, **la fertilidad suele ser una preocupación secundaria**, principalmente debido a la ausencia de deseo de ser padre previa al diagnóstico o, también, a la reconfiguración de prioridades vitales en el momento del diagnóstico, centrándose en superar la enfermedad. No obstante, el tener que decidir sobre la preservación en un momento de gran impacto emocional genera **desconcierto**.

"Nunca me había planteado tener hijos y, justo cuando estaba asimilando el diagnóstico y sin pareja, me dicen que tengo que decidir sobre la preservación. Me bloqueé, no podía pensar con claridad ni reflexionar bien sobre algo así."

P31 (hombre, 53 años, cáncer testicular)

"En esos momentos, solo pensaba en empezar los tratamientos y curarme. La fertilidad no era una preocupación, así que decidí rápido y sin problemas."

P33 (hombre, 26 años, cáncer testicular)

La falta de información sobre los efectos de los tratamientos y la escasez de opciones disponibles son señaladas como barreras recurrentes. Asimismo, el procedimiento de criopreservación masculina es descrito por algunos participantes como una experiencia incómoda y poco humanizada.

"Sé que era una situación de urgencia y había que operar rápido, pero nadie me explicó cómo podía afectar el tratamiento a mi fertilidad. Entiendo la situación, pero me habría gustado saber las implicaciones y si tendría opciones después."

P28 (hombre, 28 años, cáncer colorrectal)

"En el lugar donde tuve que hacer la muestra solo había una silla, un lavabo y papel higiénico. No había nada para ayudarme a relajarme o excitarme, y encima sabes que hay alguien que está esperando fuera. Eso me dificultó mucho el proceso. Solo me ofrecieron esa opción; no me hablaron de otras formas que quizás serían más cómodas para mí."

P31 (hombre, 53 años, cáncer testicular)

Así, se ha podido observar que, en términos generales, las mujeres viven la maternidad con una mayor carga emocional y duelo, mientras que los hombres abordan la paternidad de una forma algo más pragmática, mostrando menor dificultad para tomar decisiones al respecto y priorizando, en muchos casos, la recuperación física y superación de la enfermedad. No obstante, en ambos casos persiste un déficit de información y acompañamiento.

■ 4.7. El silencio social y sanitario en torno a la sexualidad

La sexualidad de las personas con cáncer se encuentra atravesada por un profundo silencio, fundamentalmente en el plano social, pero, en ocasiones, también en el sanitario. **Este silencio refuerza el aislamiento y contribuye a la invisibilización de una dimensión clave** en la calidad de vida de pacientes y supervivientes oncológicos.

4.7.1. Tabúes sociales y falta de espacios de confianza

En la mayoría de los relatos, la sexualidad no se comparte con familiares ni amistades, al considerarse un tema **demasiado íntimo, tabú y poco comprendido** en el contexto del cáncer. Incluso entre personas que han atravesado procesos similares, la sexualidad rara vez se aborda.

"Cuando hablas con las amigas para ver qué tal y demás, este tema no lo mencionas. Mencionas 'me encuentro mejor' o 'me han dicho esto', cosas más de salud. Pero no te paras a contar tus problemas en la sexualidad."

P5 (mujer, 30 años, cáncer de mama)

"Ni siquiera con personas que también han pasado por un cáncer se habla de cómo afecta a la sexualidad. Es como si fuera algo que se debe esconder, es un tema tabú en la sociedad."

P24 (mujer, 45 años, cáncer colorrectal)

En el caso de los hombres, la invisibilización puede ser aún mayor. Algunos hombres prefieren afirmar que mantienen su actividad sexual habitual, aun cuando no sea así, reforzando el **estigma** y **silenciando sus propias dificultades**.

"Entre los hombres no se habla de sexualidad, menos aún si hay problemas y es por un cáncer. Muchos prefieren decir que todo sigue igual, aunque no sea cierto."

P34 (hombre, 55 años, cáncer de próstata)

4.7.2. Déficit de información en el proceso oncológico

Antes del diagnóstico, la mayoría de las personas participantes en el estudio desconocían que el cáncer o los tratamientos pudieran afectar a la sexualidad. De manera generalizada, este desconocimiento se mantiene durante el proceso oncológico, debido a una falta de información estructurada percibida por pacientes y supervivientes en las consultas médicas.

"Ni te planteas que el cáncer pueda afectar a la sexualidad porque realmente no hay información sobre estos temas. Es como un tema muy tabú, del que casi nadie habla."

P6 (mujer, 37 años, cáncer de mama)

Las personas participantes manifiestan que las consultas suelen centrarse en **la enfermedad**, en **los tratamientos** y en **la supervivencia**, relegando los efectos secundarios y los cambios físicos que pueden afectar a la sexualidad a un plano secundario o inexistente. Esta omisión genera **desconcierto** e **inseguridad** en los pacientes y, en algunos casos, los lleva a buscar otras fuentes de información que no siempre ofrecen garantías de fiabilidad.

"En las consultas todo gira en torno al impacto físico y los aspectos médicos. Los temas emocionales y sexuales no se hablan."

P2 (mujer, 39 años, cáncer de mama)

"No buscas información por tu cuenta porque tampoco sabes dónde buscar. Si pones en Google 'sexualidad y cáncer', te salen cosas que no sabes si son ciertas o si se aplican a ti."

P8 (mujer, 30 años, cáncer de mama)

Además, dicha falta de información también puede afectar emocionalmente a pacientes y supervivientes a la hora de afrontar efectos secundarios en la actividad sexual que no conocían ni esperaban.

"Me recomendaron realizar una cirugía preventiva, pero que no era obligatoria. Nunca me comentaron lo que me podría producir esa intervención, y salí de ahí sin poder tener erecciones."

P26 (hombre, 68 años, cáncer colorrectal)

"Nunca me hablaron de los efectos sobre la sexualidad. Si lo hubiera sabido, quizás no habría aceptado el tratamiento."

P35 (hombre, 62 años, cáncer de próstata)

4.7.3. Barreras en la comunicación con profesionales sanitarios

Como ya se ha mencionado, las personas participantes perciben que el impacto del cáncer y de sus tratamientos en la sexualidad no suele abordarse en las consultas de diagnóstico y seguimiento por iniciativa de los y las profesionales sanitarios, quienes priorizan aspectos clínicos relacionados con el proceso oncológico.

De esta manera y de forma general, las personas con cáncer identifican una serie de **barreras en la comunicación profesional sanitario-paciente** a la hora de hablar de los cambios en su vida sexual como consecuencia del diagnóstico y de los tratamientos.

Tabla 6. Barreras percibidas en la comunicación profesional-paciente

Barreras percibidas en la comunicación profesional-paciente sobre sexualidad	Testimonios
Falta de tiempo en las consultas y mayor interés en los aspectos clínicos	"Yo la verdad que no pregunto en las consultas [sobre sexualidad], porque vas con 5.000 preguntas en la cabeza, es todo muy rápido y no te da tiempo de hacerlas todas." P5 (mujer, 30 años, cáncer de mama)
Pudor o inseguridad de pacientes para hablar de sexualidad	"Sobre sexo no hablo con nadie, más allá de con mi pareja. No me atrevo, me da vergüenza hablar." P4 (mujer, 40 años, cáncer de mama)
Percepción de falta de conocimiento o interés por parte de profesionales sanitarios para abordar cuestiones relacionadas con la sexualidad	"Hablé una vez sobre lo que me pasaba, pero no sentí empatía. Era como si le diera igual. Tuve varias consultas con esa persona, y siempre igual. Al final dije: 'hasta aquí'. Y dejé de hablar del tema." P25 (hombre, 67 años, cáncer colorrectal)
Percepción de banalización del tema cuando se menciona: respuestas evasivas o relativizadoras al tratar de abordar el tema	"Pedi cita con ginecología porque quería hablar de mi sexualidad, de posibles soluciones como lubricantes o cremas... y cuando le conté mis preocupaciones, me respondió: 'Con lo que tienes encima, ¿cómo te vas a preocupar de tu vida sexual?'. Fue tan chocante que me sentí ridícula por haberlo mencionado. Al final, prefieres callarte antes que volver a pasar por algo así." P10 (mujer, 52 años, cáncer de mama) "Pregunté si podría retomar las relaciones sexuales tras la cirugía, pero la respuesta fue que eso ya se vería más adelante, cuando acabara todo. Es como si ahora no fuera importante, aunque para mí sí lo era." P33 (hombre, 26 años, cáncer testicular)
Dinámicas asistenciales que reproducen malestar o desconfianza: fatiga por tener que volver a narrar las vivencias y dudas sexuales ante múltiples profesionales, sin continuidad en el acompañamiento	"Cada vez que iba al urólogo me atendía alguien distinto. Me harté de tener que contar una y otra vez lo mismo, algo tan íntimo." P35 (hombre, 62 años, cáncer de próstata)

Ante estas barreras percibidas, las personas participantes no señalan de manera generalizada soluciones, pero sí que destacan algunos elementos que podrían favorecer el diálogo sobre sexualidad durante el proceso oncológico. Entre ellos, subrayan la importancia de que sean los y las profesionales sanitarios quienes introduzcan directamente el tema de manera natural y sin juicio, mostrando una **actitud empática** y una verdadera **disposición a escuchar** las vivencias de las personas durante las consultas. También mencionan como factores relevantes que el profesional sea del mismo género del paciente —lo que reduce la vergüenza al tratarse de un tema íntimo—, que sea joven o de una edad similar al paciente, y que exista continuidad en la atención con la misma persona, lo que contribuye a generar confianza.

"Pedí que me vieran en ginecología y me atendió un hombre mayor que me detectó atrofia vaginal, me mandó una crema y me dijo: "ya está, vete para tu casa." [...] Más adelante me atendieron oncólogas que son mujeres sí que me entienden un poco mejor, me hablan de inyecciones de ácido hialurónico y de otras alternativas."

P24 (mujer, 45 años, cáncer colorrectal)

"En general no he tenido problema, pero sí que cuando me atendieron chicas más jovencitas, tenía la sensación de que me entendían menos. Tengo más confianza con mi oncóloga de siempre y creo que entiende mejor mis preocupaciones."

P11 (mujer, 66 años, cáncer de mama)

■ 4.8. Atención psicológica y sexualidad: una dimensión pendiente en la asistencia oncológica

La percepción de las personas participantes sobre la **atención psicológica** en el ámbito hospitalario es que **resulta insuficiente y fragmentada**, especialmente en lo que respecta a la sexualidad. Aunque algunas han recibido derivación a psicología, la mayoría comenta haber tenido que buscar apoyo por cuenta propia, bien en el sistema privado o en entidades como la Asociación Española Contra el Cáncer.

Entre las personas que sí que reciben apoyo psicológico, señalan que esta asistencia se centra en afrontar la ansiedad y el miedo ocasionadas por la enfermedad, pero **rara vez se abordan en los cambios en la sexualidad**. Esto puede limitar la capacidad de pacientes y supervivientes para gestionar emociones vinculadas a la autoimagen, la intimidad y las disfunciones sexuales.

"El apoyo emocional te lo tienes que buscar tú. En el hospital no me ofrecieron ayuda psicológica, y cuando acudes por tu cuenta, te preguntan por la ansiedad o el miedo, pero nunca por la sexualidad. Además, es difícil encontrar psicólogos con los que sientas la confianza necesaria para hablar de estos temas."

P1 (mujer, 41 años, cáncer de mama)

"No te dan información ni apoyo... te dicen que, si te duele, que, si tienes vómitos, pero de cómo te va a afectar psicológica o sexualmente, de eso no."

P8 (mujer, 30 años, cáncer de mama)

Solo un pequeño número de participantes dijo haber sido informado sobre la posibilidad de recibir apoyo psicológico en el hospital y, en muchos casos, tras haberlo solicitado expresamente. Además, en ocasiones, cuando este es recibido, comentan que se trata de **intervenciones de corta duración** - entre 2 y 3 sesiones -, lo que consideran insuficiente para abordar procesos tan complejos.

"En ningún momento me ofrecieron hablar con un psicólogo. Fui yo quien lo pidió, porque sentía que lo necesitaba y sabía que en el hospital había este servicio. Entonces sí me derivaron, pero si no lo llego a pedir, nadie me lo menciona."

P35 (hombre, 62 años, cáncer de próstata)

Algunas personas expresan la dificultad de encontrar profesionales con quienes se sientan en confianza para hablar abiertamente de sexualidad. La **falta de sensibilidad percibida** en algunos profesionales refuerza la sensación de **aislamiento**.

"Nadie me ha preguntado cómo estoy emocionalmente. Solo en oncología me dicen: '¿cómo estás?', pero en general. Y cuando aprovecho para contar cómo me siento, me dicen que ánimo, que ya pasará. Pero apoyo emocional real, nada."

P26 (hombre, 67 años, cáncer colorrectal)

Existe la percepción generalizada de ausencia de un enfoque que integre de forma sistemática la dimensión sexual y emocional en la atención oncológica. En este sentido, algunas personas señalan la necesidad de implementar **programas continuados**, con **profesionales especializados en psicología y sexología**, que les permitan afrontar la adopción de su sexualidad con un **acompañamiento adecuado**.

"Los oncólogos están para darte tratamiento para que vivas, no para cuestiones sobre sexualidad e impacto emocional, quizás estos temas deberían tratarlos otros profesionales especializados."

P26 (mujer, 37 años, cáncer de mama)

■ 4.9. Expectativas de futuro sobre la sexualidad y necesidades no cubiertas

La mirada hacia el futuro está marcada por la diversidad de trayectorias personales y por las secuelas físicas, emocionales y sociales derivadas del cáncer. Aunque pacientes y supervivientes afrontan de manera heterogénea su situación, es posible identificar algunas expectativas comunes.

Tabla 7. Expectativas de futuro y formas de afrontamiento

Momento actual	Expectativa de futuro
Interrupción de la sexualidad por la prioridad de afrontar la enfermedad y los tratamientos, sin ser percibida como una dimensión prioritaria	Retomar la sexualidad tras el cáncer, aunque con incertidumbre sobre el deseo, la respuesta corporal y la funcionalidad
Disminución del deseo e interrupción de la sexualidad por secuelas físicas y emocionales que dificultan mantener la intimidad	Recuperar el deseo y la normalidad en la intimidad, aceptando positivamente la nueva imagen corporal para lograr una sexualidad satisfactoria
Desaparición o disminución de la actividad sexual como consecuencia de la falta de comunicación o la evitación de hablar del tema en pareja	Iniciar el diálogo en pareja para restablecer la conexión sexoafectiva, superando el silencio y la evitación
Proceso de resignificación de la sexualidad, enfocado en el vínculo afectivo y el contacto no genital, ante secuelas físicas y temores a molestias y complicaciones	Superar síntomas y temores para recuperar una sexualidad más activa y cercana a la previa al diagnóstico
Redefinición de la sexualidad hacia el afecto (caricias, miradas y compañía) y renuncia a las prácticas sexuales tradicionales debido a la ausencia total de deseo y a disfuncionalidades sexuales permanentes	Mantener la intimidad afectiva como forma válida y suficiente de expresión sexual, aceptando la transformación del modo de vivir la sexualidad
Reaparición del deseo de retomar la vida sexual, tras una larga interrupción por el cáncer y el duelo por la pérdida de la pareja	Reiniciar la vida sexual basada en afecto y deseo, pese a limitaciones familiares, temporales y dificultades para nuevos vínculos
Renuncia a la sexualidad y adopción de una vivencia asexual, marcada por el abandono de la pareja, la aparición de secuelas físicas y la percepción de que las limitaciones impiden nuevas relaciones	Mantener la esperanza de encontrar a alguien que comprenda y acepte la vivencia actual , sin proyectar un retorno inmediato a la actividad sexual
Recuperación de una sexualidad activa y satisfactoria, similar a la experimentada antes del diagnóstico	Mantener la vivencia sexual actual mientras lo permitan el deseo, la salud y las condiciones físicas

4.9.1. Necesidades no cubiertas, barreras percibidas y propuestas de mejora

Por otra parte, y a partir de los testimonios de las personas participantes, han sido identificadas una serie de **necesidades no cubiertas** relacionadas con su sexualidad, que han sido mencionadas en buena parte de las sesiones llevadas a cabo. Aunque heterogéneas, las necesidades detectadas se pueden agrupar en cuatro grandes categorías: (1) necesidades físicas y emocionales, (2) necesidades de información, (3) necesidades de comunicación y (4) necesidades interpersonales.

En primer lugar, se observa una demanda clara de **abordajes integrales y sistemáticos**, que reconozcan el impacto emocional de la enfermedad y garanticen un acompañamiento especializado continuo. Las barreras señaladas reflejan tanto la **ausencia de una estructura asistencial específica** como la priorización de los aspectos clínicos sobre los psicosociales, evidenciando la necesidad de integrar la salud sexual dentro del proceso oncológico de manera transversal y coordinada.

Tabla 8. Necesidades físicas y emocionales no cubiertas

Necesidades físicas y emocionales	Barreras	Propuestas de mejora
<p>Acceder a un abordaje integral y sistemático de la sexualidad que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considere su impacto emocional y su importancia en la calidad de vida. • Incluya apoyo profesional continuo y especializado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de un enfoque estructurado que integre la sexualidad en el proceso asistencial oncológico. • Prioridad del personal sanitario en los aspectos clínicos y la supervivencia. • Percepción de que el personal sanitario involucrado en la atención y seguimiento del proceso oncológico no tienen formación específica en sexualidad. • Escasa derivación a profesionales especializados. • Falta de oferta de productos esenciales relacionados con la salud sexual cubiertos por la sanidad pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar y normalizar el abordaje de la afectación sexual del cáncer en todo el proceso asistencial desde el diagnóstico. • Garantizar la derivación a profesionales de psicología, sexología y otros profesionales especializados. • Garantizar la integración y oferta activa de productos y servicios cubiertos por el Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, los testimonios de las personas participantes muestran una **escasez de información clara, accesible y específica** sobre los efectos secundarios de la enfermedad y sus tratamientos, así como una falta de recursos prácticos que ayuden a afrontar los cambios en el ámbito sexual. Estas carencias refuerzan la necesidad de desarrollar **estrategias informativas sistemáticas** y basadas en la evidencia que acompañen a las personas afectadas durante todo el proceso oncológico.

Tabla 9. Necesidades de información no cubiertas

Necesidades de información	Barreras	Propuestas de mejora
<p>Contar con información clara y detallada sobre las secuelas del cáncer y sus tratamientos en la sexualidad.</p> <p>Disponer de recursos y opciones de apoyo para anticipar, comprender y afrontar los cambios.</p>	<p>Déficit de información sobre los efectos secundarios del cáncer que afectan a la sexualidad.</p> <p>Falta de herramientas, recursos prácticos o recomendaciones para prevenir, afrontar y manejar las consecuencias en el ámbito sexual derivadas del proceso oncológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer información clara, específica y accesible de manera sistemática sobre las secuelas y efectos secundarios del cáncer en el ámbito sexual de pacientes y supervivientes. • Promover la investigación específica sobre la afectación del cáncer en la sexualidad para generar evidencia científica que sustente y mejore la información, recursos y tratamientos disponibles.

Además, las personas participantes reportan de forma generalizada la dificultad para abordar aspectos relacionados con la sexualidad durante las consultas médicas, derivada tanto de la **incomodidad** o **inseguridad** de los pacientes como de la **percepción de falta de sensibilidad** y formación comunicativa del personal sanitario. Se plantea, por tanto, la necesidad de formar a los profesionales en competencias de **comunicación empática**, que permitan generar espacios de confianza donde tratar abiertamente los cambios y preocupaciones vinculados a la sexualidad.

Tabla 10. Necesidades de comunicación no cubiertas

Necesidades de comunicación	Barreras	Propuestas de mejora
Contar con la posibilidad de hablar sobre los cambios en la sexualidad durante las consultas médicas en un entorno de escucha activa y empática.	<p>Sensación de inseguridad y/o incomodidad por parte de pacientes para iniciar conversaciones sobre su vida sexual.</p> <p>Percepción de falta de sensibilidad, interés y disposición por parte de profesionales sanitarios para abordar estas temáticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Formar a profesionales sanitarios que intervienen en la asistencia de pacientes de cáncer en habilidades de comunicación empática para facilitar el abordaje de aspectos relacionados con la sexualidad durante las consultas de diagnóstico y seguimiento.

Por último, las vivencias y percepciones de pacientes y supervivientes ponen de manifiesto la **carencia de espacios de apoyo y acompañamiento emocional**, tanto para ellos como para sus parejas, que permitan compartir experiencias y afrontar los cambios derivados de la enfermedad. Se subraya, por tanto, la importancia de **fomentar redes de apoyo y programas de orientación sexual y emocional**, que favorezcan la comunicación, la adaptación y el bienestar afectivo.

Tabla 11. Necesidades interpersonales no cubiertas

Necesidades interpersonales	Barreras	Propuestas de mejora
<p>Compartir experiencias con otras personas que atraviesan situaciones similares, con inquietudes y prioridades comunes, donde se puedan abordar temas como la sexualidad, la imagen corporal y el impacto emocional.</p> <p>Disponer de orientación y apoyo para la pareja, que permita acompañar y afrontar el impacto del cáncer en la sexualidad y en la esfera emocional y afectiva</p>	<p>Ausencia de talleres o charlas centradas en la sexualidad durante el proceso oncológico</p> <p>Inexistencia de grupos de apoyo adaptados a diferentes edades y géneros, lo que dificulta que las personas encuentren espacios donde sentirse identificadas y cómodas para compartir sus vivencias e inquietudes.</p> <p>Escasez y, en ocasiones, ausencia de espacios y recursos orientados a las parejas de las personas con cáncer.</p> <p>Falta de información y acompañamiento específico para que la pareja comprenda y se adapte a la situación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Crear grupos de apoyo y redes de pacientes con cáncer para compartir experiencias sobre sexualidad, maternidad y paternidad, cambios en la imagen corporal y preocupaciones relacionadas con la enfermedad y la sexualidad, ofreciendo tanto espacios generales como grupos específicos adaptados a las necesidades y preferencias de pacientes y supervivientes. Incluir a las parejas en la atención de la sexualidad mediante intervenciones de orientación sexual y apoyo psicológico, tanto individuales como en pareja, que les ayuden a comprender, afrontar y adaptarse a los cambios sexuales y emocionales.

05

Conclusiones



Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que el cáncer impacta de manera **profunda y multidimensional** en la sexualidad. Este impacto no es uniforme, sino que depende de múltiples factores. No obstante, se han identificado una serie de patrones comunes que pueden ser de gran utilidad de cara **mejorar la calidad de vida de pacientes y supervivientes**, con especial énfasis en la **esfera sexoafectiva**:

Suspensión inicial de la sexualidad

La mayoría de pacientes interrumpe su vida íntima tras el diagnóstico y durante los tratamientos, **desplazando la sexualidad a un segundo plano** frente a la supervivencia.



Transformaciones en la vivencia sexual



Tras el cáncer, la sexualidad **se resignifica**. Para algunas de las personas participantes, adquiere mayor valor; para otras, pierde relevancia o se redefine en nuevas formas de intimidad no centradas en el coito. Además, estos procesos de transformación y/o recuperación no son lineales.

Impacto en la autoimagen

Los cambios corporales generan **inseguridad** y afectan a la **percepción de deseabilidad**, incluso cuando la pareja ofrece apoyo.



Dinámicas de pareja

La comunicación se muestra como factor clave, ya que, por una parte, su ausencia conduce a **silencios** y **distanciamiento**, pero, por otra, el diálogo abierto favorece la **comprensión** y **adaptación**.

Desafíos de las personas sin pareja

En general, se enfrentan a mayores barreras emocionales y sociales, con un **miedo** considerable **al rechazo** y la posible aparición de una sensación de **aislamiento**.



Maternidad

La imposibilidad o las dificultades para ser madre generan **procesos de duelo** y pérdida de control sobre la planificación vital.



Paternidad

La recuperación física y la superación del cáncer se antepone a la preservación de la fertilidad, traduciéndose en una menor dificultad por parte de los hombres a la hora de tomar decisiones al respecto.

Silencio social y sanitario

La sexualidad sigue erigiéndose como un **tabú** en determinados entornos sociales y pacientes y supervivientes la perciben como ausente en la atención médica, donde rara vez se informa o acompaña en este aspecto.



Apoyo psicológico insuficiente

La atención emocional es **limitada, fragmentada** y rara vez aborda las consecuencias del cáncer en la dimensión sexual, según las personas participantes.

Expectativas heterogéneas

Convergen deseos de retomar la vida sexual previa al diagnóstico, la resignificación de la intimidad o la aceptación de la asexualidad. En todos los casos, se reclama **más información, recursos y acompañamiento**.



Los hallazgos de esta investigación ponen de manifiesto la necesidad de **integrar de manera sistemática la dimensión sexual en la atención de las personas afectadas por cáncer**. Asimismo, informar sobre los posibles efectos de los tratamientos, ofrecer acompañamiento psicológico especializado y garantizar recursos accesibles de sexología clínica serían medidas esenciales para mejorar la calidad de vida de pacientes y supervivientes.

A modo de conclusión, la sexualidad tras el diagnóstico de cáncer no debe entenderse únicamente en términos de pérdida o disfunción, sino como un **proceso de transformación en el que conviven resignificación, dificultades, silencios y nuevas formas de intimidad**. Abordarla desde una perspectiva integral supone reconocer su centralidad en el bienestar de las personas y ofrecer respuestas adaptadas a la diversidad de realidades y necesidades.

06

Referencias bibliográficas

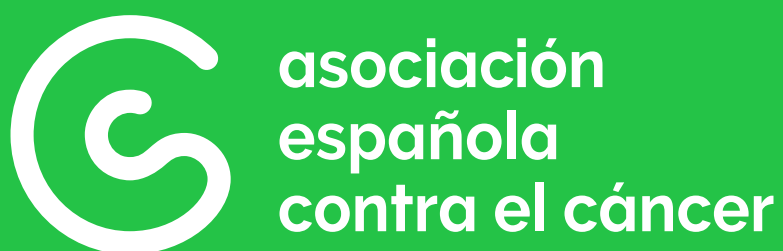


1. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. WHO; 2006.
2. Addis MW Gulen. British Journal of Nursing. 2021 [citado 14 de noviembre de 2024]. Addressing patient sexuality issues in cancer and palliative care. Disponible en: <https://www.britishjournalofnursing.com/content/sexuality/addressing-patient-sexuality-issues-in-cancer-and-palliative-care/>
3. Schmalz C, Oberguggenberger AS, Nagele E, Bliem B, Lanceley A, Nordin A, et al. Sexual health—a topic for cancer patients receiving oncological treatment with palliative intent. BMC Palliat Care. 29 de julio de 2024;23(1):189.
4. Yélamos Agua C. El impacto del diagnóstico y del tratamiento oncológico en la sexualidad de las personas con cáncer: recomendaciones para la práctica clínica. Revis En Cáncer. 2020;34(4):193-202.
5. Ballal Y, Aghaei N, Shaik MS, Arora S, Khan M, Vachon T. The Impact of Radiation Therapy on Sexual Health in Breast, Cervix, and Prostate Cancer Patients: A Systematic Review. J Psychosexual Health. 1 de enero de 2024;6(1):16-31.
6. Carr SV. The Impact of Cancer and Its Therapies on Body Image and Sexuality. En: Steel JL, Carr BI, editores. Psychological Aspects of Cancer: A Guide to Emotional and Psychological Consequences of Cancer, Their Causes, and Their Management [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2022 [citado 16 de junio de 2025]. p. 53-67. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-85702-8_4
7. Font C, Gaba L, Gomez-Gil E. Sexuality in Adult Patients with Cancer in the Era of Precision Oncology. En: Castelo-Branco C, Anglès Acedo S, editores. Medical Disorders and Sexual Health: A Guide for Healthcare Providers [Internet]. Cham: Springer Nature Switzerland; 2024 [citado 16 de junio de 2025]. p. 253-69. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-031-55080-5_16
8. Al-haddad M, Alananzeh IM, Green H, Alomari A, Fernandez R. Sexual experiences of cancer survivors: A qualitative study in Jordan. PLOS ONE. 31 de agosto de 2022;17(8):e0271264.
9. Ben Charif A, Bouhnik AD, Courbière B, Rey D, Préau M, Bendiane MK, et al. Sexual health problems in French cancer survivors 2 years after diagnosis—the national VICAN survey. J Cancer Surviv. 1 de junio de 2016;10(3):600-9.
10. Haber L, Allen A, Rune KT. Sexual quality of life following a cancer diagnosis: a qualitative study. Support Care Cancer. 21 de enero de 2023;31(2):125.
11. Lehmann V, Laan ETM, den Oudsten BL. Sexual health-related care needs among young adult cancer patients and survivors: a systematic literature review. J Cancer Surviv. 1 de agosto de 2022;16(4):913-24.
12. Chokshi A, Belekar DM, Chokshi S. Sexual Health of Colorectal Cancer Patients—a Systematic Review. Indian J Surg. 1 de febrero de 2023;85(1):5-15.
13. Schover LR. Sexual quality of life in men and women after cancer. Climacteric J Int Menopause Soc. diciembre de 2019;22(6):553-7.
14. Işık M, Özkan Şat S, Tümer B. Two sides of the same coin—sexuality from the perspective of women diagnosed with breast cancer and their partners: A qualitative study. Eur J Oncol Nurs. 1 de febrero de 2025;74:102783.

15. Mainwaring JM, Walker LM, Robinson JW, Wassersug RJ, Wibowo E. The Psychosocial Consequences of Prostate Cancer Treatments on Body Image, Sexuality, and Relationships. *Front Psychol* [Internet]. 22 de octubre de 2021 [citado 16 de junio de 2025];12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.765315/full>
16. Kaufman R, Agrawal L, Teplinsky E, Kiel L, Abioye O, Florez N. From diagnosis to survivorship addressing the sexuality of women during cancer. *The Oncologist*. 1 de diciembre de 2024;29(12):1014-23.
17. Kuan WC, Kong YC, Bustamam RS, Wong LP, Woo YL, Taib NA, et al. Sexual Wellbeing and Supportive Care Needs After Cancer in a Multiethnic Asian Setting: A Qualitative Study. *Sex Disabil*. 1 de marzo de 2023;41(1):17-30.
18. Mardani-Hamoooleh M, Heidari H. Perception of Iranian Patients with Cancer Regarding Sexual Health: A Content Analysis Study. *Sex Disabil*. 1 de marzo de 2017;35(1):119-29.
19. Ussher JM, Allison K, Perz J, Power R, The Out with Cancer Study Team. LGBTQI cancer patients' quality of life and distress: A comparison by gender, sexuality, age, cancer type and geographical remoteness. *Front Oncol* [Internet]. 20 de septiembre de 2022 [citado 14 de noviembre de 2024];12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/oncology/articles/10.3389/fonc.2022.873642/full>
20. Matheu Riviere R, Martinez Garcia C, Corral Molina JM. Male Sexuality and Prostate Cancer. En: Castelo-Branco C, Anglès Acedo S, editores. *Medical Disorders and Sexual Health: A Guide for Healthcare Providers* [Internet]. Cham: Springer Nature Switzerland; 2024 [citado 16 de junio de 2025]. p. 137-55. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-031-55080-5_8
21. Raffo M, Di Naro A, Napolitano L, Aveta A, Cilio S, Pandolfo SD, et al. Testicular Cancer Treatments and Sexuality: A Narrative Review. *Medicina (Mex)*. abril de 2024;60(4):586.
22. Willers N, Enzlin P, Neven P, Han SN. Sexuality after breast cancer treatment: An experience of asymmetry. *Womens Health*. 1 de junio de 2025;21:17455057241310271.
23. Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer. Calidad de vida y necesidades en supervivientes de cáncer en España. Un estudio cuantitativo [Internet]. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer; 2025. Disponible en: <https://observatorio.contraelcancer.es/informes/calidad-de-vida-y-necesidades-en-supervivientes-de-cancer-en-espana-un-estudio>
24. Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer. Calidad de vida y necesidades en supervivientes de cáncer de mama. Un estudio cuantitativo [Internet]. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer; 2024. Disponible en: <https://observatorio.contraelcancer.es/informes/calidad-de-vida-y-necesidades-en-supervivientes-de-cancer-de-mama-un-estudio-cuantitativo>
25. Albers LF, Bergsma FB, Mekelenkamp H, Pelger RCM, Manten-Horst E, Elzevier HW. Discussing Sexual Health with Adolescent and Young Adults with Cancer: a Qualitative Study Among Healthcare Providers. *J Cancer Educ*. 1 de febrero de 2022;37(1):133-40.

- 26.** Liberacka-Dwojak M, Witkość-Dębczyńska M, Perkowski R. Breaking the silence: the role of sexual communication on quality of life in women with cervical cancer. *Support Care Cancer*. 10 de julio de 2024;32(8):503.
- 27.** Naert E, Van Hulle H, De Jaeghere EA, Orije MRP, Roels S, Salihi R, et al. Sexual health in Belgian cervical cancer survivors: an exploratory qualitative study. *Qual Life Res*. 1 de mayo de 2024;33(5):1401-14.
- 28.** Tat S, Doan T, Yoo GJ, Levine EG. Qualitative Exploration of Sexual Health Among Diverse Breast Cancer Survivors. *J Cancer Educ*. 1 de abril de 2018;33(2):477-84.
- 29.** Ueland V, Dysvik ,Elin, Hemberg ,Jessica, and Furnes B. Cancer survivorship: existential suffering. *Int J Qual Stud Health Well-Being*. 1 de enero de 2021;16(1):2001897.





Disponibles 24h | 365 días
900 100 036
contraelcancer.es