



artículos | búsqueda de artículos

sumario anterior próximo autor materia búsqueda home alfab

Index de Enfermería

versión impresa ISSN 1132-1296

Index Enferm vol.22 no.3 Granada jul.-set. 2013

<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200005>

ARTÍCULOS ESPECIALES

ORIGINALES

El sexo es bueno, pero no puedo. Representaciones de mujeres y hombres con heridas crónicas

Sex is good, but I can´t! Representations of chronically wounded women and men

Evanilda Souza de Santana Carvalho¹, Mirian Santos Paiva², Elena Casado Aparício³

¹Departamento de Saúde. Universidade Estadual de Feira de Santana. Membro do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde, Brasil.

²Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Brasil.

Mi SciELO

Servicios personalizados

Servicios Personalizados

Artículo

- Artículo en XML
- Referencias del artículo
- Como citar este artículo
- Traducción automática
- Enviar artículo por email

Indicadores

Links relacionados

Bookmark

| Otros

³Facultad de Sociología V, Universidad Complutense. Madrid, España

[Dirección para correspondencia](#)

RESUMEN

Objetivo principal: Aprender y analizar las representaciones sociales sobre el sexo, elaboradas por mujeres y hombres crónicamente heridos.

Metodología: Estudio cualitativo. Análisis de contenido temático a partir de la aplicación del Test de Asociación Libre de Palabras y de Entrevistas en semi-estructuradas.

Resultados principales: Surgieron tres categorías de análisis: el sexo es bueno y hace bien a la salud, el sexo puede empeorar la herida y el sexo es algo prohibido. Se concluye que las personas con heridas crónicas tienden a abstenerse de mantener relaciones sexuales por creer que podría conllevar implicaciones negativas para su salud y vitalidad.

Conclusión principal: El personal de enfermería puede intervenir a través de la escucha terapéutica en la reelaboración de estas representaciones, desmitificando tabúes que comprometan la satisfacción de las necesidades sexuales de estas personas y su calidad de vida.

Palabras clave: Sexualidad, Enfermedad crónica, Cuerpo humano, Imagen corporal, Enfermería holística.

ABSTRACT

Objective: Perceive and analyze social representations about sex, elaborated by women and men who have been chronically wounded.

Methods: Qualitative study. Data were collected from fifty-one adults, patients of a public hospital in Salvador, through the Free Word Association Test and the in-depth Interview, and subsequently through Theme Content Analysis.

Results: Three apprehended categories, meaningful to understand the sexual behavior of wounded men and women will be discussed: sex is good and healthy; sex may worsen wounds and, sex is something prohibited. Wounded people avoid sexual relations because they believe it may imply loss of vitality or that they will be less healthy.

Conclusions: Nursing professionals can interfere with therapeutic listening for a re-elaboration of those representations, demystifying taboos that may compromise the satisfaction of a sexual relation and the quality of life.

Key words: Sexuality, Chronic Disease, Human Body, Body Image, Holistic Nursing.

Introducción

Las representaciones que las personas con heridas crónicas manejan sobre el sexo y las relaciones sexuales operan de diversos modos en sus interacciones en diferentes contextos, particularmente con grupos de amigos, con sus parejas afectivo-sexuales y con las personas con las que se encuentran en el espacio terapéutico, ya sean profesionales u otros enfermos. El hecho de que las personas con heridas se sientan inhibidas a la hora de plantear en la consulta preguntas o dudas relativas a su vida sexual o a las dificultades o falta de oportunidades para practicarla no significa que ésta no les interese o beneficie, como la mayoría de los profesionales de la salud parece asumir. Por el contrario, el sexo es un tema que preocupa a las personas enfermas y que además representa un aspecto importante para su bienestar percibido y su calidad de vida.

Sin embargo, los profesionales de salud sienten dificultades para abordar cuestiones relacionadas con la sexualidad; al considerarla un asunto personal e íntimo les resulta embarazoso invadir tal espacio. Muchas veces no abordan tales asuntos por preocuparles cómo reaccionarán las personas enfermas o por temor a cómo pueda interpretarse su iniciativa. Por su parte, los pacientes, en términos generales, creen que les corresponde a los profesionales de salud tomar la iniciativa, y cuando esa comunicación no acontece, interpretan que han de suprimir su sexualidad.¹

Los pacientes temen preguntar sobre cuestiones que impliquen referencias sexuales, por lo que la notificación de dudas o problemas es infrecuente. Pueden sentirse cohibidos por creer que no es apropiado abordar este tema con los profesionales de la salud. Por otro lado, la mayoría de las informaciones que reciben relativas al sexo, y más en particular a su anatomía en relación con sus prácticas sexuales son negativas y provienen de fuentes poco confiables, como los medios de comunicación.^{2,3}

En general, el sexo no es objeto de debate con la familia y amigos, y hay pocas oportunidades para calibrar la exactitud de la información sexual de que se dispone o para situar la sexualidad como un aspecto normal en la vida de la persona, más allá de sus heridas.⁴ La falta de apertura en la asistencia, impide que se establezca un vínculo entre el enfermo y el profesional que permita verbalizar los problemas relacionados con la sexualidad.⁵ Esto se vincula al vacío percibido en la enfermería en la exploración de aspectos relacionados con la subjetividad; un vacío motivado, entre otras cosas, por la política de especialización del conocimiento, por el carácter pasivo que se le imputa al paciente y por la falta de preparación de los profesionales sanitarios para abordar estos temas. Todos estos factores no hacen sino contribuir a la negación de la sexualidad en las esferas del cuidado.

En el estudio cualitativo que aquí se presenta se buscó aprehender y analizar las representaciones sociales sobre el sexo, elaboradas por mujeres y hombres crónicamente heridos, con el doble interés de dar visibilidad a las cuestiones subjetivas implicadas en la satisfacción de una necesidad humana, como la sexualidad, y de poder utilizar la información producida en las consultas de Enfermería y de otros profesionales de la salud. La Representación Social se refiere a una forma específica de conocimiento que resalta lo que se construye en el sentido común, a partir de lo que los sujetos viven en su cotidianidad. Este sentido común se conforma en las relaciones sociales y condiciona la forma de actuar y pensar sobre la realidad percibida. Las representaciones

sociales están mediadas por el lenguaje⁶ y son un factor importante en la elaboración de conductas, y en la conformación y justificación de los comportamientos adoptados.

Ese conocimiento se elabora individualmente, pero es compartido con el grupo. De él se extrae lo que los sujetos elaboran en común, lo que piensan de forma semejante haciendo de ese modo de pensar una especie de guía para sus prácticas y comportamientos compartidos. Simultáneamente, las representaciones sociales, por su carácter flexible y cambiante, dejan espacio a la diferencia y permiten la creación de nuevas referencias.

Metodología

La investigación se realizó en un hospital público de Salvador, durante un período de diez meses, de octubre de 2008 a agosto de 2009. Participaron 51 personas atendiendo a los siguientes criterios de inclusión: ser adulto de entre 18 y 60 años, llevar viviendo con úlceras en los miembros inferiores un tiempo superior a un mes, frecuentar una consulta especializada, estar en condiciones de responder a las preguntas y no presentar dolor durante la consulta. Tras la evaluación por el comité de ética en investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidade Federal da Bahia, su realización fue autorizada a través del protocolo n^o 0045/2008. Atendiendo a las recomendaciones de la Resolución 196/96 los participantes firmaron el Documento de Consentimiento Libre e Informado.

Para la obtención de datos se utilizó un cuestionario semiestructurado, compuesto por preguntas relativas al perfil sociodemográfico, el Test de Asociación Libre de Palabras (TALP) y las cuestiones de la entrevista. El TALP es una técnica proyectiva cuya aplicación estimula que las personas hablen sobre el tema solicitado por el entrevistador, sin la censura común de las narrativas.⁶ En este estudio, se solicitó a los participantes que siguieran la siguiente instrucción: cite cinco palabras o situaciones que le vengan a la memoria cuando digo *sexo* y *sexo cuando se tiene una herida*.

Al final de la aplicación del TALP, 18 participantes respondieron la entrevista, iniciada con la siguiente cuestión: Hábleme sobre su vida antes y después de esa herida. Durante el transcurso de la entrevista, se fueron planteando otras preguntas que animaran la producción discursiva de los participantes. El material producido se sometió al análisis de contenido temático para identificar las categorías que permitieran dar cuenta de los sentidos comúnmente movilizados en torno a la sexualidad por parte de las personas con heridas crónicas.

Resultados

Participaron en el estudio 25 mujeres y 26 varones de entre 22 y 60 años; todos se declararon negros (una categoría étnico-racial comúnmente utilizada en Brasil, junto a blanco o pardo), y provenientes de barrios populares. La antigüedad de la herida osciló entre un mínimo de 9 meses y un máximo de 29 años.

En cuanto a la situación íntimo-afectiva, más de la mitad de los hombres (15) dijo vivir con una pareja estable, 11

se declararon solteros, de los cuales 5 afirmaron tener parejas ocasionales, 4 refirieron estar solos por opción, y 2 manifestaron no haber tenido pareja. En cuanto a las mujeres 18 se identificaron como solteras, de las cuales solo 4 afirmaron relacionarse con parejas ocasionales frente a 14 que relataron no tener pareja ni relación ocasional alguna, entre ellas 2 viudas y 4 separadas. Solo 7 mujeres refirieron vivir en relación estable.

El sexo es bueno y hace bien a la salud. Esa categoría evidencia que los participantes conciben el sexo como una experiencia buena y agradable, pautaándose en experiencias satisfactorias de placer en las relaciones sexuales, tanto antes de aparecer la herida como después. Aunque las experiencias posteriores se señalan como difíciles, debido a los conflictos que se puedan producir en la interacción y a la experiencia del dolor físico, el sexo se refiere en las evocaciones recopiladas mediante el TALP como algo bueno que relaja el cuerpo y la mente y hace que se sientan queridos, deseados, importantes y vivos: *"ayuda a mejorar la mente, la salud, es bueno, bueno para la mente, bueno para la salud, bueno para la herida, rejuvenece, hace bien al cuerpo, hace sentirse bien, distrae, me deja mejor, mejora el ánimo, hace olvidar los problemas, cosas buenas, es bueno, es delicioso, es estupendo, da placer, es agradable, reanima, trae alegría, satisfacción, una terapia para el sufrimiento"* (Ent.9, mujer). *"Es algo bueno, cuando lo practico es bueno, me siento realizado, sienta bien, sienta bien a la salud, mejora la vida, relaja, se siente placer, hace que se olviden los problemas"* (Ent.28, hombre).

Los hombres asocian el sexo a una experiencia satisfactoria, que puede ir ligada a diversas parejas, y valoran particularmente la frecuencia sexual elevada: *"Cuando tengo relaciones sexuales me olvido de todo, me olvido de quien soy, me olvido de que estoy enfermo y me dejo envolver. Es mi alegría. En esa hora me concentro que soy una persona normal. Eso aquí [la herida] es algo serio. Es un problema. Antes era bueno. Era muy bueno. Podía tener sexo hasta quince veces, veinte veces al mes. Ahora se quedó en dos o tres veces al mes"* (Ent.1, hombre).

Para las mujeres la categoría *"el sexo es bueno"* surge anclada en la noción de vínculo amoroso. Para ellas, el sexo es bueno cuando se liga al amor. Ante una posible relación sexual, las mujeres dudan de las intenciones masculinas, suponiendo que no desean involucrarse afectivamente, sino solamente utilizarlas como objeto de placer para luego descartarlas, ya que no se sienten *"mujeres completas"* o deseables. En este sentido, optan por sublimar el deseo y ocuparse de otros intereses, como la familia y los hijos.

Motivadas por expectativas románticas, las mujeres declaran buscar un compañero y no una pareja sexual y defienden que al aproximarse de ellas, los hombres deben dejar claras sus intenciones de un compromiso formal y duradero o adoptar comportamientos que expresen sentimientos de afecto e interés genuino en su bienestar; en suma, algo que garantice la continuidad de la relación, la existencia de un vínculo. Así lo expresa una de las participantes: *"Pero yo quería que continuara, sabe [...] Y a veces también hay hombres que solo quieren lo mismo: un pasatiempo. Aquí mismo hay uno. Llevo viniendo tres años aquí a hacerme las curas. Le conozco. Él hablaba conmigo, me llamó incluso para mantener una relación, pero yo sé lo que es una relación para él. Solo es el vicio de la carne... Por eso no lo acepto. Lo único que quiere es conocer mi cuerpo"* (Ent. 4, mujer).

En resumen, el sexo se representa como una experiencia positiva, ligada a sus efectos relajantes, que puede contribuir a mejorar el bienestar físico y mental; es una suerte de terapia para los problemas diarios. Así se desprende de expresiones como *"ayuda a mejorar la mente, es bueno para la salud, es bueno para la herida, da placer, distrae, es bueno, relaja, hace olvidar los problemas"* (mujeres y hombres). Se constata que las palabras

evocadas remiten al bienestar, tanto para las mujeres como para los hombres, aunque en el caso de las mujeres se articulan con otros contenidos como por ejemplo la *"pérdida del deseo"*, la *"disminución del interés"*, la percepción del sexo como *"algo que se hace fundamentalmente para agradar al otro"* o incluso como *"algo desagradable"* (Mujeres).

El sexo puede empeorar la herida. En esta categoría, el sexo se percibe como algo que puede complicar el estado y la evolución de la herida e impedir su cicatrización. Esta representación es la justificación más utilizada tanto por las personas enfermas como por sus parejas para reducir la frecuencia de las relaciones sexuales o simplemente eliminarlas por completo. Así se expresa un entrevistado sobre las razones de su compañera para restringir las relaciones sexuales: *"Mi esposa tiene miedo de... Ella tiene miedo de tener sexo conmigo porque tiene miedo de que el problema se agrave. Ella es una persona que tiene cuidado conmigo"* (Ent. 2, hombre).

El sexo se muestra rodeado de tabúes y las personas con heridas que participaron en el estudio declararon experimentar sentimientos contradictorios: creen que el sexo es bueno y necesario pero, al mismo tiempo, consideran que el sexo es algo negativo para su tratamiento. Así, aunque durante las relaciones sexuales se sienten bien, también expresan miedos y recelos con respecto a la posibilidad de que la práctica sexual les distancie de la rehabilitación, lo que les genera sentimientos de culpa, como se refleja en sus evocaciones: *"la herida se abre más, la herida no cura, la pierna se puede hinchar, creo que no hace bien, las personas dicen que empeora, duele, empeora, perjudica, tensa los nervios, traumatiza la herida, trae consecuencias, empeora la circulación, puede inflamarse la herida, no es bueno para la herida, es malo para el tratamiento, tengo miedo de empeorar"* (Ent. 35, mujer). *"Es dañino, se infecta, puede infectarse, se inflama, cuando se practica de más puede empeorar el problema, pienso que no es bueno, pienso que puede inflamarse, pienso que puede empeorar, perjudica, puede empeorar la situación, puede empeorar la herida, me da miedo que la herida se haga más grande"* (Ent. 40, hombre).

Las personas participantes en el estudio representan el sexo como un riesgo que puede empeorar su estado de salud, principalmente si su frecuencia es elevada, esto es, cuando se practica habitualmente. La frecuencia sexual como riesgo para la salud aparece más en los discursos de los varones, quienes justifican la disminución de esa frecuencia como resultado de una restricción tras haber abordado el tema con los médicos en consulta: *"Yo tengo relaciones con ella, pero no es todos los días... Intento aliviarme, porque si intento hacerlo todo los días, esto aquí [la herida] se inflama, ¿entiende? El mayor mal del hombre es ese, ya que si él lo hace todo día se está desgastando y cuanto más lo hace empeora. Hacerlo tres, dos, a veces una; hacerlo controlado, porque con ese problema no se debe abusar"* (Ent.16, hombre). *"Mi vida afectiva y sexual debe ser un poco limitada. Practicar sexo, eso ahí no puedo más. Es como le dije, solo dos, tres veces al mes, es solo eso y listo!"* (Ent. 11, hombre).

El sexo es algo prohibido. Durante las entrevistas, los participantes resaltaron las recomendaciones recibidas, sea por parte de los profesionales de la salud, sea por amigos, familiares o sus parejas, para restringir su actividad sexual. En el test de asociación libre de palabras quedó resumido en la expresión *"la gente dice que empeora"* (Ent. 32, mujer; Ent. 8, hombre).

En este sentido, los enfermos interiorizan imágenes y representaciones incoherentes y negativas que guían sus comportamientos, generándose situaciones ambiguas o contradictorias entre sus necesidades o deseos sexuales y

las creencias que se atribuyen a recomendaciones médicas rápidamente asumidas: *"La medicina dice que la persona que tiene una enfermedad no puede tener sexo, ilo dicen los médicos![...] El médico me dice que no puedo tener relaciones. Si llevo 2 años con este pie, ¿voy a quedarme dos años sin sexo? ¡Eso no puede ser! ¿Qué voy a hacer? A no ser que tome un remedio para controlarlo. Si él me pregunta, le miento, ile digo que no! Porque si le digo que tuve sexo, a él [al médico] le va a parecer mal, y luego va a decirme: "es por eso que aún no sanó ¡Puede morir de eso!"* (Ent. 9, hombre).

Del mismo modo una entrevistada relata los consejos que recibía de su progenitora para evitar el sexo y así prevenir complicaciones en su estado de salud: *"Mi madre tenía miedo. Ella decía que la persona que tiene ese problema no puede tener relaciones porque empeora, porque se infecta, porque se inflama, porque eso, porque aquello, que queda con olor... Aquellas cosas así, y todo eso fue ayudando también. Todo eso iba alimentando aquella cosa en mi cabeza"* (Ent. 14, mujer).

En este sentido, a las personas heridas se les empuja a ahorrar unas energías que, supuestamente, pueden perderse durante las relaciones sexuales, dejando así comprometida la cicatrización.

Discusión

Los varones participantes en este estudio vinculan la noción de sexo bueno o de sexo satisfactorio con el hecho de mantener relaciones sexuales frecuentes y con diversas parejas, mientras que para las mujeres el sexo agradable e ideal es el que se liga a la noción de una relación duradera, al matrimonio o a un compromiso estable, pautado por una relación afectiva. Mientras los discursos femeninos se contextualizan en las dimensiones afectivas y románticas de sus relaciones, los masculinos se focalizan en su capacidad técnico-corporal en el desempeño del acto sexual. Desprovista de expectativas románticas, la sexualidad masculina se encuentra bajo el dominio de la corporalidad, relegando los sentimientos a la condición subalterna y enfatizando las pulsiones corporales del sexo.⁷

Por otro lado, a partir de la construcción discursiva de la moral sexual, el acto sexual se representa en el imaginario como una práctica que implica la pérdida de sustancias vitales para el cuerpo; de ahí que se crea que al expulsar "su semilla", con ella se libentan humores excedentes que pueden privarles de algo de gran valor para su propia existencia.⁸ Ligada a esta noción de pérdida de energía vital a través del sexo, la actividad sexual siempre figuró entre el abanico de restricciones impuestas por los especialistas en ámbitos terapéuticos, hasta el punto de que aunque tal medida no sea comentada por los profesionales de la salud, los propios pacientes y sus parejas ya prevén adoptar la abstinencia sexual durante los diversos tratamientos médicos.

Por su parte, las mujeres con úlceras de miembros inferiores participantes en el estudio refirieron sentirse presionadas por sus compañeros cuando les preguntan por los avances en su cura cuando regresan del consultorio.⁹ Con la creencia de que el sexo puede empeorar la herida, las mujeres tienden a recusar las iniciativas sexuales de sus compañeros, que a su vez desean encontrarlas saludables y disponibles; de este modo, la relación puede desgastarse o deteriorarse. Esta dinámica no solo afecta a las mujeres con heridas, pues también los varones con heridas refieren llevar una vida sexual limitada ya que sus parejas esquivan el sexo con ellos con la

justificación de preservar su salud. En estos casos, mientras que la mujer entiende las iniciativas sexuales de su pareja como un descuido con su salud que la ofende o disgusta, el varón que tiene la herida entiende la negativa de su pareja como una actitud de cuidado, muchas veces excesivo, que puede acabar distanciando a la pareja.

La difusión de la idea de que el sexo es algo peligroso para los enfermos se presenta como una prescripción restrictiva por parte de los profesionales de salud y se manifiesta como una actitud de dedicación y cuidado por parte de los sujetos que rodean a estas personas. Basándose en sus creencias, la familia y los amigos aconsejan al enfermo abstenerse sexualmente, creyendo que dicha práctica implica una pérdida de vitalidad y puede comprometer su salud.¹⁰

El sexo también es representado como algo fisiológico e incontrolable, lo que hace que para un hombre resulte difícil abstenerse. Pero, aunque represente el sexo como algo inevitable, el paciente reconoce en la figura del médico el poder de control de la medicina sobre los cuerpos, incluidas las prácticas sexuales, ya sea recurriendo a órdenes restrictivas o a través del uso de fármacos. A partir del momento en que las conductas sexuales de las personas enfermas se reorientan hacia la abstención, emergen representaciones de que el sexo está vetado para el cuerpo enfermo, convertido así en cuerpo asexual.

Aún cuando decidan buscar ayuda de profesionales, las personas enfermas no siempre comunican todos los síntomas y padecimientos y seleccionan, además, la información que transmiten en consulta y el motivo para acudir a ella.⁹ De este modo si creen, por ejemplo, que serán reprendidos por su comportamiento sexual, es poco probable que aborden tales cuestiones en el ámbito terapéutico. Por lo tanto, al referirse a la sexualidad en el ámbito de la cura y el cuidado de enfermería es importante no exacerbar lo anormal ni lo patológico, no hablar únicamente de riesgo y considerar también la dimensión placentera, no reducir la sexualidad al acto sexual y a la reproducción¹⁰ y considerar otras prácticas sexuales, que pueden ir desde el intercambio de caricias como expresión del afecto a la masturbación como forma de obtención de placer.

Aunque la manifestación de resistencia a la recomendación de abstinencia es bastante excepcional, cuando se produce la persona enferma siente que está transgrediendo las orientaciones de un profesional que impone límites y disciplina a la vida sexual de los enfermos a través de sus recomendaciones de carácter prohibitivo. El poder asimétrico en la relación del cuidado legitima y centraliza las decisiones en manos del profesional, relegando a la persona enferma a un papel secundario en la conducción de su propio proceso terapéutico, lo que disminuye su responsabilidad y su participación como sujeto activo.¹¹ Además, esto puede llevar a la persona enferma a omitir información relevante sobre sus hábitos en las consultas y a mantenerse vigilante y en una posición defensiva con respecto a las preguntas que el profesional de la salud le hace, evitando confrontar sus ideas y preocupaciones con las recomendaciones. Esto, consecuentemente, provoca un desequilibrio en la relación cuidador-cuidado, una vez que la persona enferma se presenta vulnerable a la evaluación del profesional y necesita mantener ese contacto mientras dure su carencia de tratamiento.⁹

La sexualidad está mediada por la autopercepción del cuerpo y la herida crónica, cuyas secreciones y olores distancian la imagen del cuerpo que se tiene de aquél que se desea.¹² Estudios realizados con mujeres con cáncer de mama,^{13,14} lepra¹⁵ o alguna incapacidad física¹⁶ ya indicaron que la experiencia de la sexualidad de personas

enfermas tiene una relación directa con la autoimagen alterada y la baja autoestima, provocada por la frustración de no alcanzar los modelos de cuerpos idealizados y considerados sexualmente atractivos en nuestra sociedad.^{12,13,15,16}

Cuanto menos se toque y más se discipline hacia la abstención sexual, más se interpreta el cuerpo enfermo como inadecuado para el sexo, lo que puede provocar una disminución de la autoestima de la persona con heridas y una disminución de la disponibilidad para el placer, quedando remitida y reducida la experiencia del propio cuerpo al sufrimiento y mermando así su calidad de vida.

Conclusiones

Este estudio permitió evidenciar que las representaciones sobre sexo para las personas crónicamente heridas se vinculan al placer y al peligro. La experiencia del placer a través del sexo durante la enfermedad mejora de la autoconfianza para enfrentar nuevas relaciones en el futuro, e incrementa la autoestima y el sentido de autovalorización y esperanza, generando el sentimiento de que, a pesar de la enfermedad, es posible buscar y sentir placer.

Los sujetos del saber científico ya sea por acción u omisión, esto es, ya sea por el énfasis en las restricciones impuestas por los profesionales de la salud durante las consultas o por la ausencia de diálogo sobre el tema, refuerzan las representaciones del sexo como algo perjudicial a la salud.

El sexo, al tiempo que es considerado una acción agradable y placentera, también es entendido como algo que puede complicar el estado de la herida impidiendo su cicatrización, siendo esta representación la razón más esgrimida para abolir o reducir al máximo la frecuencia de las relaciones sexuales, ya sea por parte de los propios enfermos, o por sus parejas, amigos o familiares.

Los profesionales de enfermería pueden contribuir a la elaboración de nuevas imágenes sobre la sexualidad. En ese sentido, es necesario desarrollar habilidades para el abordaje de esa temática en los contextos del cuidado, resaltando que eso es posible a través de la escucha terapéutica sensible, en un encuentro donde no solo se tomen en consideración las repercusiones físicas más inmediatas de la herida, sino también otras dimensiones cruciales para la salud, lo que requiere profundizar por ejemplo en cuestiones ligadas a la subjetividad.

Bibliografía

1. Serrano S. Os técnicos de saúde e a sexualidade dos doentes oncológicos: atitudes, crenças e intenções comportamentais. *Aná. Psicológica*. 2005; 2(23): 137-50. [[Links](#)]
2. Finger B. Sexuality and chronic illness. Paper presented at the 2006 AAPA Conference. 2006. Disponível em: <http://members.aapa.org/aapaconf2006/syllabus/6039FingerChronicIllnessSex.pdf> (Aceso: 16/03/2008).

[[Links](#)]

3. Giami A. La medicalisation de la sexualité: aspects sociologiques et historiques. *Andrologie* 1998; 8(3): 383-90.
[[Links](#)]

4. McCabe M, Cummins R, Deeks A. Sexuality and quality of life among people with physical disability. *Sexuality & Disability* 2000; 18(2): 115-23. [[Links](#)]

5. Gozzo TO, Fustioni SM, Barbieri M, Roher WM, Freitas IA. Female sexuality: understanding its meaning. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2000; 8(3): 84-90. [[Links](#)]

6. Coutinho MPL. Representações sociais e práticas de pesquisa. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária; 2005.
[[Links](#)]

8. Bozon M. Sociologia da sexualidade. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2004. [[Links](#)]

9. Waidman MAP, Rocha SC, Correa JL, Brischiliari A, Marcos SS. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. *Texto Contexto - Enferm*. 2011; 20(4): 85-91. [[Links](#)]

10. Foucault M. História da sexualidade: a vontade de saber. Rio de Janeiro 13. Ed: Graal; 1999. [[Links](#)]

11. Faria APS, Bellato R. Faria APS, Bellato R. The everyday life of people living with the chronic condition of diabetes mellitus. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009; 43(4): 752-759. [[Links](#)]

12. Carvalho ESS, Paiva MS, Aparicio EC. Cuerpos heridos, vida alterada: representaciones sociales de mujeres y hombres. *Index de Enfermería* 2011; 20(1-2): 31-35. [[Links](#)]

13. Garrusi B, H Faezee. How do Iranian women with breast cancer conceptualize sex and body image? *Sexuality and Disability* 2008; 26(3): 159-165. [[Links](#)]

14. Santos DB, Vieira EM. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Cienc Saude Coletiva*. 2011; 16(5): 2511-22. [[Links](#)]

15. Oliveira MHP, Gomes R, Oliveira CM. Hanseníase e sexualidade: convivendo com a diferença. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* . 1999; 7(1): 85-91. [[Links](#)]

16. Cardoso, Jorge. Sexualidade na doença crônica e na deficiência física. *Rev Port Clin Geral*. 2004; 20: 385-94.
[[Links](#)]

 **Dirección para correspondencia:**

Evanilda Souza de Santana Carvalho.
Av. Transnordestina, SN.
Departamento de Saúde, Mod. VI.
Bairro Novo Horizonte.
CEP 44.036.900,
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
evasscarvalho@yahoo.com.br

Manuscrito recibido el 29.11.2012
Manuscrito aceptado el 10.1.2013

© 2014 *Fundación Index*

Apartado de correos: nº 734
18080 Granada
España
Telf./Fax: (34)958 293 304



secretaria@ciberindex.com