

Necesidades sexuales insatisfechas y factores psicosociales en supervivientes de cáncer de mama mexicanas

Carmen Lizette Gálvez Hernández^{1*} ✉, Viridiana Eguía-Martínez² ✉, Erik Leonardo Mateos Salgado³ ✉

<https://dx.doi.org/10.5209/psic.108429>

Recibido: 2 de febrero de 2026 / Aceptado: 4 de marzo de 2026

Resumen: Introducción: identificar problemáticas específicas y el grado de prioridad que requiere la sexualidad en superviviente mexicanas de cáncer de mama, ahondará en su comprensión y aportará información culturalmente sensible. Objetivo: describir la relación entre las necesidades sexuales (NS) no satisfechas y los factores psicosociales en mexicanas supervivientes de cáncer de mama. Método: se invitó a 249 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama a responder una encuesta que evalúa las necesidades insatisfechas durante la supervivencia (SCNS-MBC, por sus siglas en inglés). Se aplicó la encuesta mediante una entrevista cara a cara. Se analizó la jerarquización de necesidades y se utilizó la ciencia de redes para entender la relación entre todas las variables. Resultados: las participantes tenían 52 años en promedio, más de un año como supervivientes y educación básica; la mitad tenía pareja. Diagnosticadas en las etapas clínicas II y III, recibieron, en promedio, tres tipos de tratamiento. Las necesidades más insatisfechas fueron el miedo a la recurrencia y lidiar con los efectos secundarios, principalmente la fatiga. Las NS insatisfechas solo fueron reportadas por el 20% de ellas (p.e., lidiar con los cambios en la sexualidad). Con el análisis de redes se identificaron comunidades que permitieron caracterizar tres perfiles de la relación entre las variables psicosociales, de NS, clínicas y sociodemográficas. Conclusiones: las NS se presentan como moderadamente insatisfechas solo en un grupo de mujeres: las jóvenes, con pareja estable, amas de casa, dependientes económicamente de su pareja, que recibieron cirugía y hormonoterapia.

Palabras clave: Salud sexual, evaluación de necesidades, supervivientes de cáncer, cáncer de mama, funcionamiento psicosocial.

* Dirección de correspondencia: Carmen Lizette Gálvez-Hernández, Instituto Nacional de Cancerología, Av. San Fernando No. 22, Col. Sección 16, C.P. 14080, Ciudad de México, México, E-mail: lizettegalvezh@gmail.com

¹ Carmen Lizette Gálvez Hernández, Instituto Nacional de Cancerología, Av. San Fernando No. 22, Col. Sección 16, C.P. 14080, Ciudad de México, México. ORCID: 0000-0001-9508-729X
E-mail: lizettegalvezh@gmail.com

² Viridiana Eguía Martínez, Centro Psicológico Cognitivo Conductual, Av. Miguel Ángel de Quevedo 980, Parque San Andrés, Coyoacán, C.P. 04040, Ciudad de México, México. ORCID: 0009-0003-8221-6824
E-mail: virieguiamtz@gmail.com

³ Erik Leonardo Mateos Salgado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Colonia Copilco-Universidad, C.P. 04510, Ciudad de México, México. ORCID: 0000-0002-7399-9535
E-mail: eriklms@comunidad.unam.mx

ENG Sexual unmet needs and psychosocial factors in Mexican breast cancer survivors

ENG Abstract: Background: Identifying specific problems of sexuality and determining their priority levels during Mexican breast cancer survivorship can provide culturally sensitive information. Aim: To describe the relationship between sexual unmet needs (SUN) and psychosocial factors in Mexican breast cancer survivors. Method: 249 survivors were invited to complete a Supportive Care Needs Survey - Module Breast Cancer (SCNS-MBC). The survey was administered in a face-to-face interview. Data analysis included a ranking of SUN and a network analysis. Results: The mean age was 52 years, had been survivors for more than 1 year, had a basic level of education, and half had a partner. Patients were diagnosed in clinical stages II and III and were undergoing at least three types of cancer treatments. The most frequently reported unmet needs were fear of cancer recurrence and coping with side effects, mainly fatigue. Only 20% reported moderate SUN. Network analysis identified three communities characterised by distinct profiles across SUN, psychosocial, sociodemographic, and clinical variables. Conclusions: SUN were confirmed as moderate just in younger individuals, with a partner, and survivors who are economically dependent on their partner, and have undergone surgery and hormone therapy.

Keywords: Sexual health, needs assessment, breast neoplasm, cancer survivors, psychosocial functioning

Sumario: 1. Introducción 2. Método 3. Resultados 4. Discusión 5. Conclusiones 6. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Gálvez-Hernández CL, Eguía-Martínez V, Mateos Salgado EL. Necesidades sexuales insatisfechas y factores psicosociales en supervivientes de cáncer de mama mexicanas. *Psicooncología* 2026; 23: 73-86: <https://dx.doi.org/10.5209/psic.108429>

1. Introducción

Evaluar la efectividad y la calidad del servicio de atención proporcionado por el sistema de salud es clave para lograr la satisfacción de los pacientes con cáncer, lo que puede influir en indicadores como adherencia terapéutica, niveles de calidad de vida, ansiedad y depresión. Un índice poco estudiado en la literatura en español es el que se refiere a la brecha entre lo que espera el paciente y su experiencia con el sistema de atención: la evaluación de las necesidades insatisfechas⁽¹⁾. Este indicador mide las percepciones sobre la necesidad de atención en las circunstancias dadas y la magnitud de su deseo de recibir ayuda para satisfacer dichas necesidades⁽¹⁾.

El caso de las necesidades insatisfechas en materia de sexualidad en el cáncer de mama es un tema poco estudiado, a pesar de que, en poblaciones caucásicas, se encuentra entre las más reportadas y persistentes a lo largo de la trayectoria del cáncer, incluso en la etapa de la sobrevivencia^(2,3). La magnitud de las necesidades sexuales (NS) se reporta entre el 21,9% y el 27,7% y suele mantenerse sin disminuciones estadísticamente significativas durante cuatro a cinco años^(3,4). Estas necesidades suelen presentarse con mayor frecuencia en mujeres jóvenes (<40 años), quienes tienen un impacto mayor en su fertilidad, en sus planes reproductivos, en la angustia e incomodidad ante cambios de su imagen corporal debido a cirugías y complicaciones, y en la comunicación con sus parejas sobre dichos cambios corporales⁽⁵⁻⁷⁾. Recientemente, Paltrinieri y colaboradores, en su revisión sistemática, concluyeron que las NS están entre las menos apremiantes, con mayores efectos secundarios de la terapia sistémica tras la cirugía, y en pacientes con estadios tempranos⁽⁸⁾.

En el ranking sobre las necesidades insatisfechas de las mujeres mexicanas con cáncer de mama, el dominio de la sexualidad se identificó como la segunda necesidad más baja, contrario

a las de información o psicológicas⁽⁹⁾. Estos datos contrastan con la evidencia internacional de la revisión sistemática de Fan y colaboradores. Estos autores encontraron investigaciones en Estados Unidos, China, Corea, Australia y el Reino Unido, que reportan un promedio de prevalencia de necesidades de información sobre sexualidad del 52% de las supervivientes⁽¹⁰⁾, lo que coincide también con hallazgos cualitativos en población mexicana, donde 27-48% reportan dificultades para comunicar problemas sexuales⁽¹¹⁾.

Por otro lado, las NS no satisfechas se asocian con efectos secundarios a largo plazo de los tratamientos. En estudios internacionales, se ha encontrado una alta prevalencia de disfunción sexual clínicamente significativa (reportado por el 82.8%)^(4,12); así como una baja función sexual (sequedad vaginal, dolor o incomodidad durante las relaciones sexuales), más común en mujeres con terapia hormonal^(4,13). Además, en supervivientes mexicanas, Gálvez-Hernández y colaboradores detallan que estas necesidades se relacionan con efectos psicológicos adversos, como ansiedad sexual (33-41%) y problemas de imagen corporal (67% reportan vergüenza y sentirse poco atractivas)⁽³⁾. En la misma población, Orozco y colaboradores identificaron que la insatisfacción sexual se relaciona con menor calidad de vida global, problemas de pareja (51%) y sintomatología depresiva que afecta el deseo sexual (66%)⁽¹⁴⁾.

Existen diversos factores socioculturales que pueden interferir en la comunicación y, por lo tanto, en la detección y atención de estas necesidades. Los roles de género tradicionales dejan la sexualidad femenina como un aspecto poco importante; su estigmatización y los mitos que prohíben su expresión abierta y mantener la noción solo como una función reproductiva promueven vergüenza^(11,14-16). Incluso existen creencias tradicionalistas en las que lo femenino se vincula a los senos como símbolo sexual que debe permanecer intacto para considerarse atractivo.

La mama, al ser un atributo físico afectado por diversos tratamientos oncológicos (en el caso del cáncer de mama), influye, a su vez, en la alteración de la imagen corporal y la femineidad, lo que genera problemas de pareja y dificulta el ajuste de las pacientes a su vida cotidiana en general⁽⁵⁻⁷⁾. Por lo tanto, evitar la discusión de necesidades y problemas sexuales por parte del personal de salud, debido a la incomodidad o falta de entrenamiento, al estigma y la vergüenza de las pacientes para hablar sobre sexualidad, complican su detección temprana e intervención eficaz^(2,4,11); situaciones que promueven la persistencia y magnificación del problema.

Existe escasa investigación que profundice en la comprensión de las necesidades y los problemas sexuales de las pacientes con cáncer de mama, incluyendo la falta de instrumentos de evaluación y de protocolos estandarizados en México (y de estudios que incluyan a poblaciones latinoamericanas)^(3,14,15). Esta carencia se enfatiza cuando se trata de supervivientes del cáncer, ya que han dejado de ser atendidas activamente por los especialistas, por lo que la intervención y la evaluación de sus necesidades tienen menos espacio; más aún, las necesidades que avergüenzan o son estigmatizadas. Por tanto, atender los factores psicosociales asociados de esta población proporcionaría información sensible culturalmente que permita identificar problemáticas específicas que necesitan ayuda y el grado de prioridad que requieren^(1,14); así como establecer las deficiencias de los servicios y proponer destinar recursos a aspectos que las supervivientes perciben como relevantes^(17,18).

Por tanto, el objetivo de este estudio consiste en describir la relación entre las NS y los factores psicosociales en mujeres mexicanas supervivientes de cáncer de mama.

2. Método

Las participantes elegibles fueron pacientes consecutivas diagnosticadas con cáncer de mama, mayores de 18 años, tratadas en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan), hospital público ubicado en la Ciudad de México. Todas ellas eran supervivientes con cáncer de mama, considerando como criterio de inclusión que ya no seguían un tratamiento activo y estaban en remisión, a excepción de que se indique lo contrario⁽¹⁹⁾. Los criterios de exclusión fueron la incapacidad para comprender el español o la negativa a participar.

Instrumento

Supportive Care Needs Survey- Survivors Module Breast Cancer (SCNS-MBC, por sus siglas en inglés)⁽¹⁹⁾ versión validada en español en contenido y constructo (publicación en revisión)⁽²⁰⁾. Consta de 38 reactivos distribuidos en ocho dominios: 1) causas y prevención del cáncer; 2) síntomas físicos y psicológicos (aparición y emociones); 3) acceso a servicios y recursos (brindados por la institución); 4) pareja y sexualidad; 5) cambios y efectos adversos (globales relacionados con los tratamientos); 6) atención y relación con el especialista (acceso y confianza a la relación); 7) síntomas secundarios de cirugía de mama (sobre los efectos directos); 8) reacción de los otros (después del diagnóstico y tratamiento del cáncer). La escala se divide en dos condiciones de respuesta (que tienen 2 y 3 opciones tipo Likert, respectivamente). La primera (sin necesidad), con dos alternativas: 1 = no aplica; 2 = está satisfecha. La segunda (alguna necesidad), con tres opciones: 3 = baja, 4 = moderada y 5 = alta necesidad. El instrumento se califica por dominio sumando los ítems individuales de cada uno. Los puntajes obtenidos se estandarizan (0-100), donde, a mayor puntuación, mayor necesidad percibida⁽¹⁹⁾. La validación en español obtuvo $p = 0,0001$ para la prueba de esfericidad de Bartlett y un $KMO = 0,810$. Esta versión obtuvo 57,88% de varianza y 0,918 de alfa de Cronbach. En los dominios se obtuvo una confiabilidad de 0,47 a 0,82⁽²⁰⁾.

Procedimiento

En primer lugar, el 19 de marzo de 2019 se obtuvo la aprobación de los Comités de Investigación y de Ética del INCan (O15/O18/IBI) (CEI/958/15). Este estudio se llevó a cabo tras obtener la versión culturalmente adaptada y validada en constructo para pacientes mexicanos⁽²⁰⁾. Se procedió a seleccionar a las mujeres que cumplieran con la definición de superviviente asumida. Se identificaron a partir del expediente electrónico, se invitaron durante sus citas de seguimiento y se les explicaron verbalmente los objetivos del estudio. A quienes aceptaron participar, se les proporcionó un consentimiento informado por escrito; posteriormente de firmarlo, se aplicó la encuesta.

Debido al bajo nivel de alfabetización de la mayoría de los pacientes mexicanos del INCan y para maximizar la estandarización, un psicólogo investigador capacitado administró el SCNS-SMBC, en su versión en español, a los participantes mediante una entrevista cara a cara, en una oficina privada⁽⁹⁾. El psicólogo investigador registró las respuestas de los participantes a cada pregunta de la encuesta. Todos los datos personales se mantuvieron privados y confidenciales. A las supervivientes que mostraban altos niveles de necesidad insatisfecha, se les invitó a recibir atención psicológica por parte del equipo de investigación de este proyecto.

Análisis de los datos

Aunque las supervivientes contestaron la escala completa, para fines de esta publicación sólo se consideraron las respuestas a ciertos ítems. Los reactivos elegidos fueron aquellos que abordaban temáticas conceptuales y empíricamente relacionadas con las necesidades o la vida sexual de las supervivientes⁽⁵⁻⁷⁾, incluyendo cuestiones sobre la relación de pareja y la imagen corporal, así como los problemas que podrían experimentar en ese sentido debido a los efectos adversos de los tratamientos.

Los siguientes reactivos fueron seleccionados:

Ítem 1. Lidar con problemas de tu prótesis (p. ej., actividades físicas o deportivas)

Ítem 2. Necesitar más información sobre mejores prótesis de mama

Ítem 3. Necesitar ayuda para lidiar con la cantidad de mama que te retiraron

Ítem 4. Lidar con los cambios en tu imagen por la cirugía de mama

Ítem 5. Lidar con la reacción de tu pareja hacia los cambios en tus mamas

Ítem 6. Lidar con el miedo a la reacción de las nuevas parejas hacia los cambios en tus mamas

Ítem 11. Ayuda para el dolor o incomodidad en el área afectada de tu mama

Ítem 13. Tratar los síntomas menopáusicos, resultado de tu tratamiento

Ítem 19. Para aceptar los cambios en tu apariencia

- Item 20. Sobrellevar los cambios en tu sexualidad o en tus relaciones sexuales
 Item 22. Lidiar con el impacto del cáncer en tu relación (para ti o tu pareja)
 Item 31. Tener información sobre el impacto del cáncer o de su tratamiento en tu fertilidad.

Análisis de redes

Para analizar la relación entre algunas características clínicas del cáncer, las NS y los factores psicosociales y sociodemográficos, se utilizó la ciencia de las redes. En particular, se creó una red bipartita, caracterizada por tener dos subconjuntos de nodos, en la que solo pueden existir conexiones (llamadas aristas) entre los nodos de los distintos subconjuntos y nunca entre los nodos del mismo subconjunto. El primer subconjunto de nodos incluyó a las participantes supervivientes de cáncer. Mientras que el segundo subconjunto, se formó con 27 variables globales, que se dividieron en diferentes categorías (incluidas en la Tabla 1), aunado a los ítems seleccionados. La variable de edad se dividió en 15 categorías, considerando los valores mínimo y máximo de edad, que iniciaron en el intervalo de 16 a 20 años y finalizaron en el intervalo de 86 a 90 años. También las variables del tiempo desde el diagnóstico y del tiempo de supervivencia se dividieron en categorías; en ambas se consideraron sus valores mínimos y máximos, creándose siete categorías, que iniciaban en el intervalo de 6 a 10 meses y finalizaban en el intervalo de 36 a 40 meses.

Una vez creada la red bipartita, se aplicó el procedimiento de proyección, que consiste en generar una nueva red a partir de uno de los subconjuntos de nodos. Dos nodos se conectaban en esta red proyectada si cada uno tenía una arista que coincidía con un nodo del otro subconjunto de la red bipartita. En la figura 1, se muestra un ejemplo del procedimiento de proyección. Para este estudio se escogió la proyección del conjunto de variables y se usó la proyección ponderada en la que se considera el número de veces que se repiten las conexiones entre las variables.

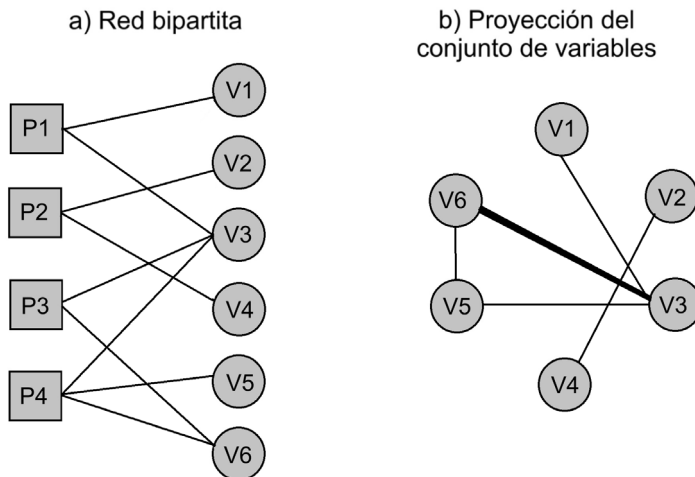


Figura 1. Ejemplo del procedimiento de proyección ponderada del conjunto de variables. En a) se presenta la red bipartita original con cuatro nodos que representan a cuatro personas (P1 a P4) y seis nodos correspondientes a seis variables de investigación (V1 a V6). En b) se presenta la red proyectada de las seis variables. En la red bipartita se buscan las variables cuyas aristas coinciden en una persona, como las aristas de V1 y V3 coinciden en P1, en la red proyectada se crea una arista entre esas variables. Las aristas de V2 y V4 coinciden en P2, por lo que en la red proyectada se crea una arista entre estas variables. En P4 coinciden las aristas de V3 y V5, así como las aristas de V5 y V6 por lo que entre esas variables se crean las aristas correspondientes. Finalmente, las aristas de V3 y V6 coinciden en P3 y en P4, por lo que en la red proyectada se tendrían dos aristas que se representan con un mayor grosor al resto de las aristas.

Para identificar a las variables más parecidas en la red proyectada, se usó el algoritmo de Louvain⁽²¹⁾, que permite identificar clústeres o comunidades, cuya principal característica es que

las variables de cada comunidad están muy relacionadas entre sí y poco relacionadas con las de otras comunidades. Finalmente, en cada comunidad detectada se identificaron las variables más importantes mediante la medida de centralidad del vector propio. Esta medida permite determinar la influencia o importancia de un nodo en una red, considerando: a) el número de conexiones que tiene y b) que los nodos con los que se relaciona también tengan muchas conexiones. En este estudio, los nodos son variables que representan características clínicas del cáncer, NS y factores psicosociales y sociodemográficos. Valores altos de esta medida de centralidad permitirán identificar las variables que mejor caracterizan a la red.

La creación de la red bipartita y el procedimiento de proyección se realizaron mediante una aplicación web⁽²²⁾. El algoritmo de Louvain y la centralidad de vector propio se analizaron con el software Gephi en su versión 0.10.1⁽²³⁾. Los parámetros del algoritmo de Louvain fueron la resolución de 1, la aleatorización y la ponderación de las aristas. Los valores de centralidad de los vectores propios se normalizaron entre 0 y 1.

3. Resultados

Participaron 249 supervivientes de cáncer con una media de 52 años con desviación estándar (DE) de 12 años (IC 95%: 51,2 a 54,1). El tiempo desde el diagnóstico tuvo una media de 22 meses (DE = 6,4) (IC 95%: 21,2 a 22,8) y el tiempo de supervivencia tuvo una media de 12,6 meses (DE = 5) (IC 95%: 12 a 13,2). En cuanto a la escolaridad, la mayoría tenía educación básica completa hasta bachillerato (casi el 60%). Más del 50% estaban casadas o en unión libre y más del 50% eran desempleadas o amas de casa. La mayoría (65%) vivía en la capital del país y en la zona conurbada. Tenían hasta 3 dependientes económicos; además, casi el 70% dependía económicamente de alguien más. La mayor proporción pagaba por su tratamiento hasta el 25% del costo real del tratamiento, denominado nivel socioeconómico. La mayoría de las supervivientes se encontraba en etapas clínicas entre II y III; y había recibido hasta tres opciones terapéuticas oncológicas (cirugía, quimioterapia y radioterapia). Casi el 80% de las mujeres tenía alguna enfermedad comórbida relacionada con el cáncer (Tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las supervivientes mexicanas con cáncer de mama

Variable	Categoría	Frecuencia	%
Escolaridad	1. Primaria incompleta	35	14
	2. Primaria completa	45	18,1
	3. Secundaria incompleta	7	2,8
	4. Secundaria completa	64	25,7
	5. Bachillerato incompleto	12	4,8
	6. Bachillerato completo	51	20,4
	7. Licenciatura incompleta	4	1,6
	8. Licenciatura completa	29	11,6
Estado civil	Soltera	29	11,6
	Madre soltera	29	11,6
	Unión libre	35	14,1
	Casada	107	43
	Divorciada	32	12,8
	Viuda	17	6,8
Ocupación	Ninguno	116	46,6
	Ama de casa	47	18,9
	Empleada	71	28,5
	Otro	15	6

Variable	Categoría	Frecuencia	%
Residencia	Ciudad de México	83	33,3
	Estado de México	79	31,7
	Otros	87	34,9
Ingreso*	0 a \$2999	74	29,8
	\$3000 a \$4999	79	31,7
	\$5000 a \$9999	69	27,7
	>\$10000	27	10,8
Dependientes	1	59	23,7
	2	101	40,6
	3	72	28,9
	4	17	6,8
Sostén económico	Paciente	52	20,8
	Pareja	91	36,5
	Hijos	17	6,8
	Otros	89	35,7
Costo por pagar del tratamiento	1 (5% del costo real)	16	6,4
	2 (10% del costo real)	120	48,2
	3 (25% del costo real)	99	39,7
	4 (53% del costo real)	14	5,6
Etapa clínica	I	42	16,9
	II	109	43,8
	III	78	31,3
	IV	2	0,8
	No tipificable	18	7,2
Tratamiento oncológico	T1 = Cirugía	4	1,6
	T2 = Cirugía + QT	11	4,4
	T3 = Cirugía + RT	3	1,2
	T4 = Cirugía + QT+ RT	41	16,5
	T5 = Cirugía + QT+ RT+ HT	101	40,6
	T6 = Cirugía + QT+ HT	25	10
	T7 = Cirugía + HT	32	12,9
	T8 = QT+ HT	1	0,4
	T9 = Cirugía + HT+ RT	29	11,6
	T10 = QT+ RT+ HT	1	0,4
	T11 = RT + HT	1	0,4
Comorbilidades	Sobrepeso	92	36,9
	Obesidad	45	18,1
	Hipertensión	6	2,4
	Diabetes Mellitus tipo 2	9	3,6
	Otras	13	5,2
	Ninguna	43	17,3
	Hipertensión + otros	23	9,6
	Obesidad + otra enfermedad	17	6,8

* Ingreso está en pesos mexicanos considerando el valor del año 2020. QT=quimioterapia; RT= Radioterapia; HT=hormonoterapia

En la tabla 2, donde se ordenaron las necesidades insatisfechas descendientemente, considerando todos los reactivos se puede observar que, en primer lugar, el 51% de las pacientes reportaron el miedo a la recurrencia como la necesidad más insatisfecha de atención (de afrontamiento); les sigue la fatiga y la atención a los efectos secundarios, como las tres primeras más relevantes. Las dudas sobre los posibles efectos genéticos y la información sobre el cáncer en general también resultan relevantes para el 30% de las supervivientes. Se destaca que, en los últimos lugares, de manera no consecutiva, se reportaron las NS y de pareja con un 20% y un 12%, respectivamente.

Tabla 2. Reactivos reportados como de mayor necesidad insatisfecha

Reactivo	% de necesidad insatisfecha	Dominio
El miedo de que el cáncer se extienda o regrese	51,1	Afrontamiento
La falta de energía o cansancio	45,8	Dolor
Efectos del tratamiento del cáncer a largo plazo	42,2	Fertilidad
El riesgo de tus hijas o hermanas para desarrollar cáncer de mama	36,1	Información
Las causas y factores que provocan el cáncer de mama	32,9	Información
Lo que signifique para tus hijas o hermanas que tengas cáncer de mama	32,9	Afrontamiento
Orientación dirigida a mujeres de tu edad	32,5	Información
Apoyo económico para gastos de traslado, tratamiento y equipo	32,5	Servicios y recursos
Tu dieta y consejo al respecto	30,5	Información
Las causas, prevención y tratamiento del linfedema	24,8	Dolor
Los cambios en tu sexualidad o en tus relaciones sexuales	18,8	Afrontamiento
Los cambios en tu relación de pareja, derivados de tener cáncer	12	Afrontamiento

Nota: El dominio se refiere a la subescala que pertenece para el instrumento de Supportive Care Needs Scale-Module Breast Cancer. El porcentaje incluye a todas las pacientes que reportaron alguna opción de necesidad insatisfecha

La red proyectada incluyó 166 variables o nodos. Con el algoritmo de Louvain, se formaron tres comunidades y se obtuvo un índice de modularidad Q de 0.31. La distribución de las variables entre las tres comunidades fue distinta: la primera comunidad tuvo el 41%, la segunda el 28% y la tercera el 31% del total de variables. En la figura 2, se muestra la red proyectada de las variables, se puede observar que hay más conexiones, representadas con aristas de color negro, entre los nodos dentro de cada comunidad.

Mediante el cálculo de la centralidad del vector propio, se identificaron las variables que mejor caracterizan a cada comunidad. En la figura 2, los nodos de cada comunidad varían en tamaño, según su valor de centralidad; se observan pocos nodos de pequeño tamaño. El valor promedio de la centralidad de vector propio fue más alto en la comunidad 1, con un promedio de 0,9 y una desviación estándar (DE) de 0,2, seguido de la comunidad 3, con un promedio de 0,8 (DE = 0,2), y de la comunidad 2, con un promedio de 0,7 (DE = 0,2). En la tabla 3, se muestran solo las variables que presentaron los valores más altos (de 0,9 a 1) de esta medida de centralidad en cada comunidad.

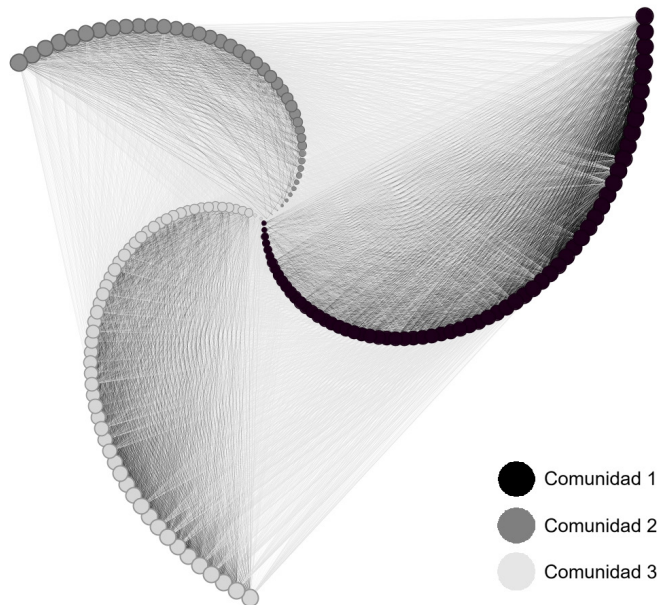


Figura 2. Red proyectada de las variables con sus tres comunidades.

Considerando estas variables más importantes, se encontró que las tres comunidades presentaron características o perfiles distintos (Tabla 3). La primera comunidad se caracterizó por la ausencia de necesidades insatisfechas en todos los ítems que evalúa la SCNS-SMBC. Esta comunidad se relaciona con la etapa de adultez mayor, por un estado civil de viudez o de soltería, un bajo nivel de estudios y un menor ingreso económico. Además, una etapa clínica del cáncer de tipo II y III y un tiempo de supervivencia de 11 a 20 meses. La segunda comunidad se caracterizó por una importante preocupación y necesidad de apoyo en el ámbito de la sexualidad, relacionada con pacientes de 46 a 55 años, con empleo, nivel de estudios e ingreso económico altos, así como en una etapa temprana del cáncer. Finalmente, la tercera comunidad se caracterizó por una preocupación y necesidad de apoyo moderadas en el aspecto de la sexualidad; por el estado civil, fue evidente la presencia de una relación de pareja; así como un tiempo de supervivencia menor al año.

Tabla 3. Variables con valores altos de centralidad del vector propio

Variables	Comunidad 1	Comunidad 2	Comunidad 3
Tiempo con el diagnóstico	21 a 30 meses	16 a 20 meses	11 a 15 meses
Edad	61 a 65 años	46 a 55 años	41 a 45 años
Estado civil	Madre soltera; Viuda	-	Casada; Unión libre.
Escolaridad	1; 2	8	4; 6
Ocupación	Ninguna.	Empleada.	Ama de casa.
Estado de residencia	Otro.	Ciudad de México.	Estado de México.
Ingreso	0 a \$4999.	\$10000 a \$14999.	\$5000 a \$9999.
Dependientes	1; 2	-	3
Sostén económico	Otros; Más de uno.	Paciente.	Pareja.

Variables	Comunidad 1	Comunidad 2	Comunidad 3
Costo por pagar del tratamiento	5% y 10% del costo	25% del costo	-
Tiempo de supervivencia	11 a 20 meses	-	6 a 10 meses
Tipo de cáncer	Canalicular infiltrante	-	-
Etapa clínica	Etapa II; Etapa III.	Etapa I	-
Tratamiento oncológico	T4; T5.	T9	T7
Comorbilidad	Sobrepeso.		Obesidad; Ninguna.
Item 1: Problemas con la prótesis	No necesité	-	-
Item 2: Información sobre mejores prótesis	No necesité; Necesité, pero recibí ayuda.	-	-
Item 3: Lidiar con la cantidad de mama que te retiraron	No necesité.	Necesité, pero recibí ayuda.	-
Item 4: Cambios en la imagen por la cirugía	No necesité.	-	Baja.
Item 5 Reacción de la pareja ante los cambios en mamas	No necesité.	-	-
Item 6: Miedo a la reacción de las nuevas parejas	No necesité.	-	-
Item 11: Dolor o incomodidad en el área afectada	No necesité; Necesité, pero recibí ayuda.	-	-
Item 13: Síntomas menopáusicos	No necesité.	-	Baja; Moderada.
Item 19: Aceptar los cambios en la apariencia	No necesité.	Necesité, pero recibí ayuda.	Baja.
Item 20: Sobrellevar cambios en la sexualidad	No necesité.	Alta.	Moderada.
Item 22: Impacto del cáncer en la relación	No necesité.	-	-
Item 31: Impacto del cáncer o de su tratamiento en la fertilidad	No necesité.	-	Necesité, pero recibí ayuda.

4. Discusión

El objetivo de esta investigación fue, mediante la aplicación de la ciencia de las redes, describir la relación entre las NS y los factores psicosociales en supervivientes mexicanas de cáncer de mama. Del análisis descriptivo se encontró que las participantes estaban en edad productiva, con más de un año como supervivientes y con educación básica; la mitad con pareja y gran proporción era dependiente económicamente. Diagnosticadas en las etapas II y III, recibieron en promedio tres tipos de tratamiento, la mayoría con una enfermedad comórbida. Reportan miedo a la recurrencia y a lidiar con la fatiga como las necesidades más insatisfechas. Las NS insatisfechas solo fueron reportadas por 2 de cada 10 supervivientes.

Las características sociodemográficas se muestran consistentes con estudios previos en mujeres mexicanas en condiciones similares⁽⁹⁾. Estos datos muestran que después de un año de haber terminado el tratamiento de cáncer, a pesar de que están en edad productiva, se encuentran principalmente desempleadas, siendo dependientes económicamente⁽⁹⁾. La escolaridad con la que llegan al diagnóstico puede haber influido en esta situación, aunado al grado de funcionalidad de ese momento (y su estado de salud, considerando las comorbilidades reportadas), donde los efectos secundarios de todos los tratamientos del cáncer que recibieron pudieron haber contribuido. Esto último puede corroborarse con el reporte de nuestras supervivientes sobre la

necesidad insatisfecha de manejar los efectos secundarios, principalmente la fatiga, lo que coincide con Paltrinieri y colaboradores⁽⁸⁾.

Es posible que un mal manejo de los efectos secundarios pueda asociarse con la postergación de las NS y sus variables relacionadas, como la preocupación por la imagen⁽⁸⁾. Dicho resultado es consistente con la literatura previa nacional e internacional, que menciona que estas necesidades están por debajo de otras, como las psicológicas y de información^(9,10), lo que puede exacerbarse, además, con las barreras de comunicación debido a estigmas sobre sexualidad y roles de género tradicionalistas generadores de vergüenza para reportar estas necesidades^(11,14,16).

Mediante el análisis de redes se identificaron tres comunidades que pueden interpretarse como perfiles de la relación entre las variables psicosociales, de NS, clínicas y sociodemográficas. El caso de la comunidad 1 se destaca por asociarse con no tener dificultades en sus NS. Esta comunidad tiene a las pacientes de mayor edad del grupo, sin pareja y con la menor escolaridad e ingreso económico, con más de un sostén económico, y han recibido todos los tratamientos. Por otro lado, la edad y la falta de una pareja pueden influir en el bajo interés sexual por cuestiones de función hormonal y su influencia en el deseo, funcionamiento y actividad sexual^(4,13). La falta de asociación de este grupo con los ítems que exploran necesidades asociadas con la edad (como la fertilidad y la menopausia)⁽¹³⁾ puede apoyar la idea de que ellas superaron sus problemáticas. Por otro lado, investigaciones anteriores sugieren que las mujeres mayores mexicanas minimizan sus NS debido a factores culturales que estigmatizan la sexualidad femenina y mantienen creencias como: "ya no importa a mi edad". Esto quiere decir que, a pesar de que no reporten las necesidades, probablemente no se reconocen o fueron ignoradas⁽¹¹⁾. En contraste con estos resultados, existen datos en países desarrollados donde mujeres mayores (>50 años) reportan disfunción sexual significativa⁽²⁴⁾.

Adicionalmente, la comunidad 1 se caracterizó por presentar la mayor vulnerabilidad socioeconómica. Ello permite entender que, bajo esas condiciones, las prioridades en necesidad se hallan en resolver el día a día, donde los cambios en la imagen o en la sexualidad pueden ser irrelevantes^(11,17). Incluso es un grupo que se encuentra en una etapa de desarrollo psicológico, en la que puede haber perdido el valor social de la autoimagen.

En la comunidad 2, se observó que cuando hay una alta necesidad de apoyo en la sexualidad, se relaciona con adultos jóvenes con empleo, mayor nivel educativo e ingreso socioeconómico que genera mayor autonomía, lo que coincide con lo reportado por Villareal-Garza y colaboradores⁽⁷⁾. Este perfil tuvo una relación con la presencia de la etapa I.

En comparación con la comunidad 1, que indicó "no necesité" en todos los reactivos sobre sexualidad, la comunidad 3, con mujeres más jóvenes (41-45 años), refirió necesidades "moderadas". Estos datos confirman que un factor que predispone a indicar o no NS en población mexicana se relaciona con la edad: a mayor edad, menor reporte⁽⁷⁾. Además, coinciden con investigaciones anteriores que identifican a la población más joven con mayores afectaciones sexuales, debido a un mayor impacto en la fertilidad, los planes reproductivos y la angustia por cambios corporales^(6,7). Por otro lado, la mayor NS en mujeres jóvenes con pareja puede deberse a que tener pareja aumenta la probabilidad de dificultades sexuales; esto concuerda con resultados en población mexicana, donde se reportó que el 51% presenta problemas de pareja vinculados a sexualidad⁽³⁾. También la comunidad 3 mostró necesidades de síntomas menopáusicos bajas y moderadas, lo que confirma que los efectos secundarios de la hormonoterapia pueden estar asociados con las NS de mujeres jóvenes^(4,13).

Adicionalmente, las comunidades 2 y 3, que incluyeron hormonoterapia en su tratamiento, refirieron mayores NS; estos resultados coinciden con otras investigaciones que hallaron que el uso de hormonoterapia se asoció con una baja función sexual (sequedad vaginal, dolor, disminución del deseo)^(4,13).

Este estudio puede estar limitado por considerar únicamente una escala para evaluar las necesidades de manera general y no una específica de sexualidad. Así como por incluir a mujeres con características socioeconómicas específicas, que viven en zonas principalmente urbanas y son atendidas en un hospital público. Las condiciones de aplicación del instrumento mediante entrevista pudieron introducir sesgos de deseabilidad social, dado el contexto cultural del tema. La

realización de un estudio mixto podría profundizar nuestro conocimiento sobre un tema tan personal y sumergido en simbolismos culturales. En futuros estudios, también se podría analizar cómo se agrupan las participantes con un perfil similar, considerando a las supervivientes como nodos.

5. Conclusiones

Comprender lo que experimenta esta muestra de supervivientes mexicanas con cáncer de mama acerca de su sexualidad, a través de la percepción de necesidades de atención y de la magnitud del deseo de recibir ayuda, y del análisis de redes, permite confirmar que son moderadamente insatisfechas solo en un grupo de mujeres: las jóvenes, con pareja estable, amas de casa económicamente dependientes de su pareja, que recibieron cirugía y hormonoterapia.

La aportación del análisis de redes radica en haber evaluado la estructura de la interacción entre todas las variables simultáneamente, sin importar si son numéricas o categóricas. Además, el proceso de proyección ponderada de la red bipartita otorga mayor peso a la relación entre las variables más frecuentes entre las participantes con cáncer de este estudio. Crear una red bipartita, separando a los participantes de sus respuestas, se ha realizado previamente para evaluar la relación entre las preguntas de un cuestionario con opciones de respuesta de tipo Likert⁽²⁵⁾. Sin duda, es una metodología de análisis que aporta y confirma la línea de investigación del tema de manera innovadora. Este tipo de análisis de la ciencia de redes es aplicable a datos similares a los de este estudio, ya que la creación de la red bipartita y su proyección pueden realizarse en una aplicación web de acceso gratuito, y el análisis de las comunidades se realizó con el software Gephi, de código abierto.

Los hallazgos de este estudio, en línea con el marco de la evaluación de las necesidades de atención, por un lado, dan cuenta sobre la relevancia de considerar la existencia de una deficiencia en los servicios ofrecidos dentro del sistema de salud y reforzar la noción de destinar recursos a mujeres jóvenes supervivientes en aspectos como la atención a síntomas menopáusicos, a sobrellevar los cambios en la sexualidad; así como la atención a los cambios en la apariencia. Incluso anima a los proveedores de salud a capacitarse para abordar la discusión de necesidades y problemas sexuales en este subgrupo, ya que esto podría facilitar la detección temprana y su efectiva intervención^(2,4,11).

6. Referencias bibliográficas

1. McElduff P, Boyes A, Zucca A, Girgis A. Supportive care needs survey: A guide to administration, scoring and analysis. Newcastle: Centre for Health Research & Psycho-Oncology, 2004. [acceso el 1 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.academia.edu/61433362/Supportive_Care_Needs_Survey_A_guide_to_administration_scoring_and_analysis
2. Kennedy SKF, Mekhaeil S, Zhang E, Jolfaei NA, Wong HCY, Chan AW, et al. Sexual health after breast cancer: a clinical practice review. *Ann Palliat Med* 2024;13:1281-90. <https://doi.org/10.21037/apm-24-77>
3. Gálvez-Hernández CL, Ortega Mondragón A, Villarreal-Garza C, Ramos del Río B. Mujeres jóvenes con cáncer de mama: necesidades de apoyo en atención y resiliencia. *Psicooncología* 2018;15(2):287-300. <https://doi.org/10.5209/PSIC.61436>
4. Franzoi MA, Aupomerol M, Havas J, Soldato D, Lambertini M, Massarotti C, et al. Investigating sexual health after breast cancer by longitudinal assessment of patient-reported outcomes. *ESMO Open* 2024;9:102236. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2024.102236>
5. Tat S, Doan T, Yoo GJ, Levine EG. Qualitative exploration of sexual health among diverse breast cancer survivors. *J Cancer Educ* 2016;33:477-84. <https://doi.org/10.1007/s13187-016-1090-6>
6. Villarreal-Garza C, Águila C, Platas A, Lara-Guerra H. Cáncer de mama en mujeres jóvenes en México: necesidades y retos clínicos. *Rev Invest Clin*. 2014;66(6):547-58. [Acceso 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5034617>
7. Villarreal-Garza C, López-Martínez EA, Martínez-Cannon BA, Platas A, Castro-Sánchez A, Miaja M, et al. Medical and information needs among young women with breast cancer in Mexico. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2019;28(4):e13040. <https://doi.org/10.1111/ecc.13040>

8. Paltrinieri S, Cavuto S, Contri A, Bassi MC, Bravi F, Schiavi M, et al. Needs of breast cancer survivors: a systematic review of quantitative data. *Crit Rev Oncol Hematol* 2024;201:104432. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2024.104432>
9. Gálvez-Hernández CL, Boyes A, Ortega-Mondragón A, Romo-González AG, Mohar A, Mesa-Chávez F, et al. Unmet needs among breast cancer patients in a developing country and supportive care needs survey validation. *Rev Invest Clin* 2021;73:245-50. <https://doi.org/10.24875/RIC.21000068>.
10. Fan R, Wang L, Bu X, Wang W, Zhu J. Unmet supportive care needs of breast cancer survivors: a systematic scoping review. *BMC Cancer* 2023;23(1):587. <https://doi.org/10.1186/s12885-023-11087-8>
11. Figueroa-Varela MR, Rivera-Heredia ME, Navarro-Hernández MR. «No importa»: sexualidad femenina y cáncer de mama. *GAMO* 2016;15:278-84. <https://doi.org/10.1016/j.gamo.2016.09.003>
12. Hummel SB, van Lankveld JJ, Oldenburg HS, Hahn DE, Broomans E, Aaronson NK. Internet-based cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women treated for breast cancer: design of a multicenter, randomized controlled trial. *BMC Cancer* 2015 8;15:321. <https://doi.org/10.1186/s12885-015-1320-z>.
13. Cucciniello L, Miglietta F, Guarneri V, Puglisi F. Managing sexual health challenges in breast cancer survivors: A comprehensive review. *Breast* 2024;76:103754. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2024.103754>
14. Orozco MR, Galindo O, Rojas ME, Costas-Muñoz R, Robles R, Meneses A, et al. Afectaciones psicológicas en supervivientes de cáncer de mama. Una revisión narrativa. *Rev Latinoam Med Conduct.* 2020;10(2):48-59. [Consultado el 02 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rfmc/article/view/79746>
15. Ferrigno Guajardo A, Allende-Pérez S, Platas A, Cosío-Barroso I, Peña-Nieves A, Espinosa Fernández J, et al. The unmet needs of women with metastatic breast cancer in Mexico: A qualitative study. *J Clin Oncol* 2024;42(16): e13547. https://doi.org/10.1200/JCO.2024.42.16_suppl.e13547.
16. Villarreal-Garza C, Aranda-Gutiérrez A, Guajardo ASF, Allende-Pérez S, Platas A, Cosío-Barroso I, et al. Support and care needs among Mexican women with metastatic breast cancer. *Support Care Cancer* 2025;33:494. <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09529-z>.
17. Unger-Saldaña K, Bandala-Jacques A, Huerta-Gutiérrez R, Zamora-Muñoz S, Hernández-Ávila JE, Cabrera-Galeana P, et al. Breast cancer survival in Mexico between 2007 and 2016 in women without social security: a retrospective cohort study. *Lancet Reg Health Am* 2023;23:100541. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100541>
18. Chou YH, Chia-Rong Hsieh V, Chen X, Huang TY, Shieh SH. Unmet supportive care needs of survival patients with breast cancer in different cancer stages and treatment phases. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2020;59:231-6. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.01.010>
19. Thewes B, Butow P, Girgis A, Pendlebury S. Assessment of unmet needs among survivors of breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 2004;22(1):51-73. https://doi.org/10.1300/J077v22n01_04.
20. Gálvez-Hernández L, Calvillo-López F, Rivera-Fong L, Castro-Vazquez E. Unmet needs during breast cancer survivorship: Surveys' validation in Mexican women. Under revision 2026.
21. Blondel VD, Guillaume JL, Lambiotte R, Lefebvre E. Fast unfolding of communities in large networks. *J Stat Mech* 2008;2008(10):P10008. <https://doi.org/10.1088/1742-5468/2008/10/P10008>
22. Mejía Venegas JA, Mateos Salgado EL. Ciencia de redes y psicología [Internet]. San Francisco (CA): Heroku; 2024 [Acceso 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://redes-2partitas-psicologia-0812c12aff98.herokuapp.com>
23. Bastian M, Heymann S, Jacomy M. Gephi: An Open Source Software for Exploring and Manipulating Networks. *ICWSM* [Internet]. [Acceso 5 de marzo de 2026;3:361-2]. Disponible en: <https://ojs.aaai.org/index.php/ICWSM/article/view/13937>

24. Park BW, Hwang SY. Unmet needs of breast cancer patients relative to survival duration. *Yonsei Med J* 2012; 53:118-25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22187241/>
25. Dalka RP, Sachmpazidi D, Henderson C, Zwolak JP. Network analysis approach to Likert-style surveys. *Phys Rev Phys Educ Res* 2022;18(2):020113 <https://doi.org/10.1103/PhysRevPhysEducRes.18.020113>