

2. La sexualidad en el paciente oncológico

Rebeca Menéndez Pérez

Diplomatura de Enfermería. Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica. León

Fecha recepción: 27.10.2020

Fecha aceptación: 27.11.2020

RESUMEN

La sexualidad representa una parte fundamental en la vida normal de todo ser humano, es un aspecto que junto a la psicología y fisiología complementan el bienestar y el pleno desarrollo humano.

La vivencia y satisfacción de la sexualidad constituye una preocupación real y vigente para el paciente oncológico debido a los problemas ocasionados a consecuencia directa de la enfermedad, de los tratamientos o del impacto emocional que ambos generan.

La sexualidad en el paciente oncológico incluye aspectos generales de dimensiones físicas, biológicas, reproductivas, psicológicas, como imagen corporal o autoconcepto y dimensión social como rol de pareja.

Son numerosos los factores relacionados con el cáncer que pueden interferir con la vida sexual del paciente y de su pareja.

El manejo y tratamiento de estos problemas deberá ser consecuente con los resultados de una evaluación cautelosa y bien orientada, combinando diferentes métodos.

Palabras clave: sexualidad, cáncer, mama, pacientes.

ABSTRACT

Sexuality represents a fundamental part in the normal life of every human being, it is an aspect that together with psychology and physiology complement well-being and full human development.

The experience and satisfaction of sexuality constitutes a real and current concern for cancer patients due to the problems caused as a direct consequence of the disease, the treatments or the emotional impact that both generate.

Sexuality in cancer patients includes general aspects of physical, biological, reproductive, and psychological dimensions, such as body image or self-concept and social dimension as a partner's role.

There are many factors related to cancer that can interfere with the sexual life of the patient and his partner.

The management and treatment of these problems should be consistent with the results of a careful and well-oriented evaluation, combining different methods.

Keywords: *sexuality, cancer, breast, patients.*

1. DESARROLLO

1.1. Marco teórico

La Organización Mundial de la Salud define la sexualidad como: "el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que caracterizan el sexo de cada individuo".

Por tanto la sexualidad constituye un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Incluye al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.

La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. Está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioculturales, políticos, éticos y religiosos.

1.1.1. Generalidades sobre la sexualidad humana

La expresión de la sexualidad comprende la sensualidad, a través del disfrute de otros elementos como los abrazos, los besos, el contacto piel a piel, las caricias, la cercanía en la relación, el autoerotismo, que adquieren un espacio nuevo, más allá de la estricta genitalidad, tan altamente cotizada en otros tiempos.

La vivencia y práctica de la sexualidad, a partir de la mediana edad, está condicionada por algunos elementos clave, como el significado cultural otorgado a la menopausia, la calidad de la relación de pareja, la asunción de un único modelo de belleza, la libertad interior y las prácticas de autoerotismo, entre otras.

Según Giraldo, la sexualidad está compuesta por múltiples factores cuyo origen y desarrollo son diferentes, y se caracteriza por:

- **Mecanismos:** abarca la respuesta sexual fisiológica y las reacciones principalmente involuntarias como: erección, lubricación y orgasmo.
- **El papel del género:** corresponde al grado de conformidad con las pautas de comportamiento culturalmente definidas como masculinas o femeninas.
- **La identidad sexual:** sentimiento íntimo y personal de pertenencia a uno de los sexos o de ambivalencia.

- *La orientación*: se refiere a la capacidad duradera de ser eróticamente atraído por personas de unas características o de otras.
- *El apetito sexual o libido*: es el grado de urgencia o inclinación a buscar una descarga o actividad sexual que, potencialmente, implica el uso de los órganos genitales en un momento o período dado, pero que se ve afectado por diversos factores, que se complementan o se compensan según las circunstancias.

1.1.2. Antecedentes de la salud sexual

En las últimas tres décadas, el concepto de salud sexual ha involucrado diferentes contextos políticos, sociales e históricos, entre ellos, las secuelas de la Revolución sexual, la continua lucha por los derechos y la libertad sexual, las preocupaciones por la sobrepoblación o el devastador impacto internacional del VIH/SIDA.

Estos desafíos en salud pública necesitaron de gran número de consultas técnicas y publicaciones, que evolucionaron la definición de salud sexual. Sin embargo, en esta definición tiene gran influencia del concepto de salud en general desarrollado por la Organización Mundial de la salud (OMS) después de la segunda guerra mundial, en 1946.

Según la OMS la salud se define como “el estado de bienestar físico, emocional, mental, social. No es meramente ausencia de enfermedad, disfunción”.

De esta manera, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como “Estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”.

Por tanto podemos definir la salud sexual como “la capacidad de una persona para disfrutar y expresar su sexualidad

libre de riesgo de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación”. Las experiencias saludables mejoran la calidad de vida, el placer, las relaciones personales, la comunicación y la expresión de la propia identidad.

1.1.3. Desarrollo psicosexual

Existe la idea generalizada “de que la sexualidad se manifiesta exclusivamente en la pubertad o en el inicio de la vida adulta, pues si bien se reconoce que los seres humanos nacen y viven con un sexo, son asumidos por lo general como asexuados durante la infancia” (Kader, Raquel y Pacheco, Gilda, 1994).

Desde la perspectiva del Psicoanálisis, con Freud como principal representante, se plantea que la sexualidad aparece desde el nacimiento y que durante las sucesivas etapas de la infancia diferentes zonas corporales proporcionan gratificaciones especiales al individuo, pues están dotadas de una energía que busca placer, la libido.

Para el psicoanálisis la libido es la energía sexual que realza con placeres específicos algunas funciones vitales como el comer, la regulación intestinal y el movimiento corporal.

Dentro de esta rama también destaca el psicoanalista Eric Erikson que afirma que “Sólo después de haber resultado exitosamente una cierta secuencia de los usos pregenitales de la libido, la sexualidad del niño alcanza una breve genitalidad infantil, que de inmediato se vuelve cada vez más latente, transformada y desviada, pues la maquinaria genital sigue siendo inmadura y los primeros objetos del deseo sexual inmaduro están prohibidos para siempre por el tabú universal del incesto”. (Erikson, Eric, 1993)

Todo ser humano pasa por las diferentes fases del desarrollo de la sexualidad, por lo que en la edad adulta se encuentran conductas que son vestigios y evidencias del paso por cada una de éstas.

Tabla 1. *Etapas del desarrollo psicosexual.*

| Etapa | Tareas psicosociales básicas | Tareas sexuales |
|--------------------------------|---|---|
| Infancia 0-2 años | Adquirir confianza básica, aprender a caminar y hablar. | Identidad de género. |
| Niñez 2-12 años | Adquirir un sentido de autonomía frente a la vergüenza y la duda; comienzo de la escolaridad y adaptación escolar. | Placer y dolor con los órganos sexuales y la eliminación. Características sexuales secundarias evidentes. |
| Adolescencia 13-20 años | Adquirir un sentido de identidad frente a la confusión de los roles. | Dominio en el control de los impulsos, manejo de nuevas funciones fisiológicas. |
| Edad adulta joven (20-45 años) | Adquirir un sentido de identidad frente al aislamiento; eficacia vocacional, seguridad interpersonal. | Idoneidad y cumplimiento sexual, preocupaciones relacionadas con la fertilidad e inquietudes relacionadas con la crianza. |
| Edad adulta media (50-70 años) | Adquirir un sentido de autoestima frente a la desesperación; adaptarse a la disminución de la energía y la competencia. Adaptarse a los cambios del envejecimiento. | <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres: Menopausia (con los cambios fisiológicos que conlleva) • Hombres: Erección lenta e incompleta. Prostatitis. |
| Vejez | Adaptarse a la pérdida de los amigos, familiares, a las confrontaciones con el envejecimiento y la muerte y al estigma social de “viejo”. | Reducción de la vitalidad, miedo a la incompetencia o la lesión, falta de pareja (viudez), capacidad física reducida. |

El crecimiento, los cambios físicos y emocionales en el transcurso de la vida, afectan directamente la forma de afrontar y tomar decisiones en los aspectos diarios y aún más cuando es diagnosticado el cáncer y está recibiendo tratamiento, pues es una etapa difícil en la que el individuo se siente en crisis existencial y en la que coexiste sentimientos agregados que estresan la vida del paciente.

De acuerdo con las etapas de desarrollo psicosexuales a lo largo de la vida, se encuentran tareas sexuales específicas de acuerdo al ciclo vital (Erickson, Eric, 1993) (tabla 1).

1.1.4. Etapas de la respuesta sexual

La respuesta sexual humana es el conjunto de cambios físicos y hormonales que experimentan los seres humanos ante el estímulo sexual.

Fue estudiada por William Masters, ginecólogo, y Virginia Johnson, sexóloga, que describieron 4 fases a las que nombraron excitación, meseta, orgasmo y resolución.

La estimulación de los impulsos sexuales es diferente para cada sexo, aunque comparte el origen psíquico para activar la respuesta sexual.

- *I. Excitación:* La excitación puede desencadenarse por una enorme variedad de estímulos: la visión de un cuerpo desnudo, una caricia, olores, la pronunciación o audición de ciertas palabras etc. Aún no hay evidencia sobre un estímulo capaz de excitar específicamente a hombres o mujeres, pero la idea convencional atribuye al varón el ámbito de lo visual y a la mujer un espectro sensorial más amplio (tacto, mirada, palabra, gestos), aunque faltan pruebas concluyentes que confirmen la creencia popular.
- *II. Meseta:* En esta etapa la respiración está entrecortada, el pulso cardíaco aumenta y todos los efectos de la excitación se desarrollan. También aparece el rubor sexual (enrojecimiento notorio en el área del pecho y rostro). La tensión muscular aumenta. Al aproximarse el orgasmo (inmediatamente posterior a la fase de meseta) es habitual una sensación de apremio por descargar la tensión sexual acumulada.
- *III. Orgasmo:* Las pulsaciones cardíacas y la respiración llegan a su máxima frecuencia e intensidad. Se produce una

gran tensión muscular y contracciones involuntarias del miembro viril, de los músculos vaginales y del esfínter anal. En el varón habitualmente se produce la eyaculación. Se produce dilatación pupilar fugaz. Además de la respuesta física, se produce una respuesta emocional muy variada y específica de cada individuo como manifestación de placer, aunque también puede haber orgasmo sin manifestaciones emocionales elocuentes.

- *IV. Resolución:* Es el restablecimiento paulatino de la normalidad física y psíquica, tras haber alcanzado el orgasmo.

1.1.5. Salud sexual y cáncer

La salud sexual es un componente integral de la personalidad del ser humano. Se puede hallar en todas las interacciones y contextos, y hace parte de su experiencia; se relaciona directamente con el bienestar y experiencias del ser sexual, lo que demuestra que esta parte no puede ser considerada separadamente de la salud

Existen tres fases de la experiencia del cáncer, asociadas con los cambios en el funcionamiento sexual e intimidad:

1. *En el pretratamiento:* el deseo sexual frecuentemente disminuye, porque tanto el paciente como su pareja están preocupados por la supervivencia.
2. *En el tratamiento:* los efectos del tratamiento incluyen pérdida del deseo, dolor, sentimientos de no ser atractivo sexualmente por la pérdida del cabello o una parte del cuerpo, náuseas y pérdida o ganancia de peso; además, se experimenta menopausia prematura, disfunción eréctil, infecciones, oleadas de calor, resequedad vaginal que puede interferir con el funcionamiento sexual, etc.
3. *En el postratamiento:* se caracteriza por la dificultad para llegar a la excitación, el orgasmo y la lubricación, e insatisfacción con los niveles de actividad sexual, lo que corrobora que el funcionamiento sexual declina con el tiempo; en los primeros meses posteriores al tratamiento, o incluso hasta dos a cinco años postratamiento, se evidencian problemas con persistencia de moderada a severa.

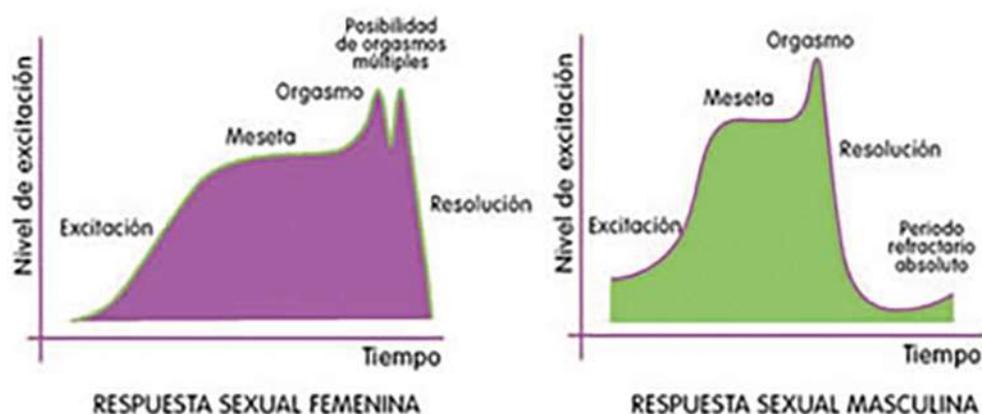


Gráfico 1. Fases de la respuesta sexual de Master y Johnson.

1.2. El paciente oncológico. Abordaje psicosocial

El diagnóstico de un cáncer puede producir cambios psicológicos importantes en el paciente y en su familia, dependiendo del tipo de tumor diagnosticado, de los tratamientos médicos administrados, de sus sistemas de apoyo, del momento evolutivo en el que se diagnostica, del estilo empleado por cada uno para afrontar los problemas que la vida plantea, de la historia de enfermedades que haya padecido, etc. Por tanto, la experiencia con el cáncer difiere en cada paciente y en cada familia.

Los continuos avances en el tratamiento y las mejoras en el pronóstico y en la calidad de vida de los pacientes con cáncer no han sido capaces de desterrar la asociación de esta enfermedad con sentimientos de desesperación, dolor, miedo y muerte.

En el momento del diagnóstico, durante el tratamiento y en todos los periodos evolutivos de la enfermedad, el paciente sufre un estrés psicológico prolongado como consecuencia de los síntomas, el conocimiento y el pronóstico del cáncer, así como de su estigmatización.

El diagnóstico no causa el mismo impacto emocional en todos los individuos, sino que cada uno de los pacientes atraviesa una situación única que viene marcada por experiencias personales anteriores de su vida. Tanto el paciente como la familia experimentan algún grado de sufrimiento emocional y/o espiritual durante el proceso de la enfermedad que puede generar conflictos.

El diagnóstico desencadena una reacción psicológica de crisis vital en la que surgen conflictos interpersonales, se deteriora la capacidad de relación y la seguridad en uno mismo y se dificulta la toma de decisiones; en definitiva, hay una transición de rol. Si el paciente percibe su situación como "amenazante", surgirá una reacción de ansiedad cuya intensidad y duración dependerá de los recursos de los que dispone para afrontar los acontecimientos negativos que se prevé que lleve consigo la enfermedad.

Si por el contrario valora la situación como una "pérdida importante", aparecerán sentimientos de desánimo o tristeza que pueden desembocar en estados depresivos. Ambas situaciones pueden derivar en diversas patologías, como trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

El miedo puede considerarse una constante en las distintas etapas de la enfermedad. Tiene carácter universal e influye en todos los pacientes que, en algún momento, se ven afectados con mayor o menor intensidad, lo que les genera una situación de estrés importante. Sentimiento de miedo:

- A la muerte.
- A la posible dependencia del cuidador, la familia, el médico, el ámbito sanitario, etc.
- Ante alteraciones de la imagen corporal.
- A no poder realizar las actividades cotidianas.
- Ante la posible alteración de las relaciones personales y sociales.

- Una vez ha finalizado el tratamiento aparece el miedo ante la reincorporación a la vida cotidiana, el trabajo, los estudios o la vida familiar.
- A posibles recaídas, lo que crea cierta dependencia del equipo médico que atiende al paciente.
- Al dolor y a otras secuelas que acompañan a la enfermedad en estadios avanzados.

1.2.1. Factores que condicionan el afrontamiento del cáncer

El estudio y evaluación de las reacciones psicológicas y de adaptación resulta muy complejo y hace difícil establecer los límites entre una situación de adaptación psicológica y la psicopatología. Son varios los factores de los que va a depender el afrontamiento:

I. Relacionados con la enfermedad

- Los diferentes tipos de cáncer, el estadio, la localización, el tratamiento y el pronóstico, etc., que marcarán diferencias significativas.
- La necesidad de cambiar el modo de vida para adaptarlo a las exigencias de la nueva situación: visitas al hospital, posibles ingresos, tratamientos, etc.
- Los síntomas derivados de la enfermedad y de su tratamiento, el dolor, la discapacidad, las alteraciones de la imagen corporal, etc.

II. Relativos a la situación sociofamiliar

- Características sociodemográficas, sexo, edad, etc., relacionadas con la amenaza que supone el cáncer frente a los objetivos previos fijados en la vida del paciente. Es necesario tener en cuenta también la influencia que la edad y las diferentes etapas de la vida ejercen sobre la percepción, comprensión y aceptación de la enfermedad (por ejemplo, niños en edad escolar, universitarios, personas que desempeñan una actividad laboral, personas en edad fértil, padres de familia con hijos pequeños, ancianos, etc.).
- Apoyo afectivo familiar y social, que influirá positiva o negativamente en la aceptación de la enfermedad por el paciente.
- Actitudes culturales y religiosas, que pueden servir de consuelo en situaciones críticas.

III. Relacionados con el paciente

- Capacidad de adaptación, que el individuo manifestó en situaciones de estrés previas al diagnóstico de cáncer.
- Capacidad de rehabilitación, tanto física como psicológica, del individuo.
- Capacidad actual de adaptación, desarrollo de la personalidad y estilo personal de afrontamiento.

1.2.2. Alteraciones emocionales

La enfermedad se entiende como un proceso biológico, que supone una alteración estructural o funcional, uno psicológico, que genera sufrimiento y dolor, y uno social, que supone una invalidez. El paciente se enfrenta a un mundo hasta entonces desconocido y negado en el que experimenta una serie de alteraciones emocionales. Existen múltiples factores que intervienen en estas reacciones, como la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad y el apoyo social.

Los pacientes experimentan un número importante de alteraciones emocionales, antes y después de procedimientos médicos, que pueden ser de ansiedad (producida por miedo al dolor o incertidumbre ante el futuro), de depresión, o problemas de adaptación (trastornos de la autoestima y autoimagen corporal). Lo más común es el miedo a lo desconocido, al dolor, a la posibilidad de una enfermedad incurable, a la destrucción del cuerpo, a la pérdida de autonomía o muerte.

1. Estado de ánimo

Abarca un conjunto de sentimientos, de naturaleza efímera, que varían en intensidad y duración; usualmente, involucren más de una emoción. Se considera que el ánimo cuenta con un componente cognitivo, como resultado de que los sentimientos son percibidos como placenteros o displacenteros, y un componente de activación, caracterizado por los diferentes grados de actividad.

El estado de ánimo se considera como un periodo prolongado de emotividad que se especifica por ser temporal, dado que fluctúa de acuerdo a las circunstancias e involucra alteraciones emocionales graves y duraderas, que van desde el júbilo hasta la depresión.

Existen diferentes estados de ánimo, como tensión, depresión, hostilidad, vigor, fatiga y confusión.

2. Ansiedad

Consiste en una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque, en realidad, pueden no valorarse como tales; esta manera de reaccionar de forma no adaptativa hace que sea nociva, por excesiva y frecuente. Por ello, en la actualidad, es considerada como un trastorno mental prevalente, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, su carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes cognitivos, conductuales y psicofisiológicos.

3. Depresión

Es un trastorno emocional común que se caracteriza por presentar pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o autovaloración baja, sueño o apetito desequilibrado, baja energía, y concentración pobre. Estos problemas pueden hacerse crónicos o recurrentes, y conducir a daños sustanciales en la capacidad para realizar las responsabilidades diarias.

4. Imagen corporal

Las transformaciones o cambios que se producen como consecuencia del cáncer provocan pérdidas corporales significativas que se manifiestan como reacciones de disminución en la autoestima y cambios en la sexualidad que afectan notablemente al paciente.

La adaptación a la pérdida y cambios en la autoimagen se puede considerar como un proceso continuo en el cual el paciente intenta dar significado a lo ocurrido, manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados y obtener el dominio o control de los cambios producidos.

El contacto físico, la cercanía, las señales no verbales de aceptación y agrado ante la presencia del paciente son cruciales para generar emociones positivas asociadas a su nueva imagen corporal y facilitan la reintegración social.

Las consecuencias en una persona y sus reacciones ante los cambios en su aspecto físico dependen de múltiples factores. (Tabla 2).

Tabla 2. Variables que influyen en el cambio de la imagen corporal.

| | |
|---|---|
| Tipo de cambio físico, localización y grado asociado de discapacidad | Los enfermos con más riesgo de desarrollar problemas psicológicos y sociales son aquellos que presentan un mayor grado de deformidad y disfunción física. |
| Reacción del entorno y apoyo social percibido | La vergüenza y el temor al rechazo llevan a los pacientes a la evitación de las relaciones sociales y el aislamiento. |
| Disponibilidad y acceso a los recursos necesarios | El uso de prótesis adecuadas y adaptadas a las necesidades de cada persona, el aprendizaje de nuevas formas de arreglo o cuidados, así como el acceso a métodos de reconstrucción quirúrgica, ayudaran a atenuar los cambios corporales y facilitaran que la persona se pueda sentir más cómoda consigo misma y menos limitada. |
| Valoración o significado personal | Lo importante no es el cambio objetivo experimentado, sino el significado que la persona le atribuye |

La probabilidad de que una persona pueda desarrollar un trastorno en particular se relaciona con los factores de riesgo en el ambiente, su vulnerabilidad biológica y la presencia o ausencia de factores que promuevan la resiliencia. Estos factores incluyen: la herencia, la edad, el género, los eventos de vida negativos y la falta de apoyo social.

Dentro de los eventos negativos, se destaca el desarrollo del cáncer y la prevalencia de depresión y trastornos del estado de ánimo en este grupo poblacional.

Esta patología puede ser una respuesta ante una pérdida y, en el caso de estos pacientes, enfrentan múltiples pérdidas: su rol familiar y laboral, funciones físicas, habilidades cognitivas y funcionamiento sexual, entre otras.

1.3. La sexualidad en el paciente oncológico

El diagnóstico de cáncer supone en los pacientes afectados y sus familiares una ruptura brusca con la vida cotidiana. La estructura psicológica y de personalidad del paciente; la preexistencia de psicopatologías previas a la aparición del cáncer; la historia oncológica del paciente, es decir, sus experiencias previas con la enfermedad, las enfermedades neoplásicas de sus familiares directos, amigos y conocidos, el desarrollo y desenlace de las mismas, influirán significativamente en la respuesta emocional tras el conocimiento, el diagnóstico y en su vivencia durante el proceso y tratamiento.

La sexualidad en el paciente oncológico se ha caracterizado por ser un tema poco estudiado y analizado, lo que dificulta realizar una labor eficaz y efectiva al momento de intervenir. La sexualidad se considera una de las necesidades fisiológicas que atañen a todo ser humano, si no está satisfecha no ofrece la posibilidad de sentir bienestar pleno.

Sin embargo hoy en día ha mejorado este concepto, de forma que los profesionales de la salud consideran de alguna manera la sexualidad como una necesidad real en el paciente oncológico, algunas de las posibles causas de este cambio es la mejora en la educación sobre la sexualidad humana, mayor exigencia en la temática, y mejora en la actitud del profesional, lo que ha incluido la rehabilitación sexual como parte del tratamiento; no obstante hace falta mayor énfasis o compromiso por parte de los profesionales a la hora de intervenir y satisfacer las necesidades existentes en el paciente oncológico.

De acuerdo a esto, la sexualidad en el paciente oncológico incluye aspectos generales de dimensiones físicas, biológicas, reproductivas, apariencia física, dimensiones psicológicas, como imagen corporal, autoconcepto y dimensión social como rol de pareja. A la par la sexualidad implica sentimientos sobre el propio cuerpo, comunicación de las necesidades sexuales con la pareja, y la capacidad de tener actividades sexuales satisfactorias, lo anterior evidencia que el cáncer ya sea en el momento del diagnóstico o tratamiento no excluye los sentimientos sexuales y de intimidad que bien podrían verse afectados en la mayoría de los tipos de cáncer.

Cabe resaltar que la sexualidad es un concepto amplio, que no solo representa el acto sexual y reproductivo, el placer físico y la satisfacción corporal sino que abarca un concepto mucho más extenso en el que el paciente o la persona se siente vivo, y en la que todos sus sentidos se conectan uniendo el placer físico con sentimientos de tranquilidad y espiritualidad.

Una vez que el paciente ya diagnosticado reconozca los diferentes efectos físicos y emocionales que aparecen con el proceso, los cuales pueden ser temporales o permanentes, tiende a adquirir habilidades en pro de su bienestar y afrontamiento del impacto en la sexualidad, y a aceptar en

lo posible su condición mejorando así la calidad de vida en esa etapa tan difícil.

Habiendo superado el diagnóstico y encontrándose en la fase de recuperación la preocupación por la muerte y la gravedad de la situación pasa a un segundo plano, experimentando sentimientos diferentes que para el paciente pueden ser relevantes, como molestia, debilidad, falta de interés y capacidad sexual, baja autoestima; destacando que en algunos casos los pacientes fingen interés sexual por temor a un inadecuado desempeño e insatisfacción de la pareja.

Destacan una serie de factores que facilitan la adaptación y ayudan a prever los efectos del cáncer en la sexualidad para minimizar las alteraciones o el impacto mediante la preparación emocional y psicológica.

De acuerdo a lo anterior el sentido de idoneidad planteado por Judith a Shell, representa una parte fundamental en la adaptación del paciente oncológico, el cual en muchas ocasiones se siente avergonzado y atemorizado por preguntar las diferentes cuestiones que surgen en su condición, en parte por el concepto de "enfermos" que la sociedad ha impuesto, lo que dificulta la aclaración y adaptación del pacientes a los cambios que se prevén, por tanto el paciente no se siente preparado para aceptar las alteraciones que se adquieren, por lo que el impacto emocional y psicológico supera al físico afectando no solo su vida sexual y de pareja, sino su bienestar y calidad de vida; en este sentido se ve afectada el proceso de la respuesta sexual normal del hombre y la mujer en cuanto a desempeño y autoimagen corporal.

Siguiendo el mismo orden, el sentido de autoestima constituye una herramienta básica para afrontar y adaptarse a los cambios físicos y de imagen corporal que pueden aparecer por efectos drásticos y devastadores de terapias mutilantes, por lo tanto el paciente que los padece debe contar con una red de apoyo social, familiar y de pareja que contribuya a fortalecer emocionalmente al paciente incrementando su sentido de bienestar y de interés por la vida. También pueden aparecer sentimientos de aislamientos, dependencia, frustración, temor al abandono y a la disfunción sexual.

Por último la gratificación y el cumplimiento también hacen parte de la recuperación y adaptación del paciente oncológico a situaciones de alteraciones sexuales durante su tratamiento, en las que el paciente se siente con necesidad de cariño por parte de su pareja más que el acto sexual como tal, lo que indica una necesidad que en algunos casos no se expresa por el concepto de enfermo y de tratamiento en el que la pareja da por hecho que el paciente no siente deseos o sentimientos de cariño o sexualidad.

1.3.1. Los trastornos sexuales en el paciente oncológico

Para enfocar los problemas sexuales en pacientes con cáncer se recurre comúnmente al ciclo de la respuesta sexual humana (anteriormente citado). Cada una de sus fases está caracterizada por la experiencia subjetiva, eventos objetivos que pueden ser medidos y por sistemas fisioló-

gicos que necesitan estar intactos para que estos eventos ocurran.

El proceso oncológico puede dañar una o más de las fases de la respuesta sexual al afectar emociones, componentes centrales o periféricos del sistema nervioso, el sistema vascular pélvico y el eje hipotálamo-pituitario-gonadal.

I. Deseo y excitación sexual

La mayoría de los problemas de deseo sexual en los pacientes crónicamente enfermos tienen que ver con la pérdida global de interés en el sexo. Es raro ver un aumento del deseo sexual como un problema, a menos que el paciente tenga un episodio maniaco o quizás haya tenido un daño cerebral que le provoca en consecuencia una desinhibición de la conducta sexual. Algunos pacientes con cáncer, especialmente mujeres, desarrollan aversión a la actividad sexual con elementos fóbicos.

El poco deseo sexual es quizás la más compleja de todas las disfunciones sexuales. Las causas físicas en pacientes con cáncer incluyen: depresión del sistema nervioso central debido a dolor generalizado y fatiga, demencia difusa o medicación tranquilizante. Algunos medicamentos antieméticos y opioides elevan los niveles de prolactina y ello disminuye el deseo sexual.

La hormona que mayor influencia tiene en la respuesta sexual humana es la testosterona, llamada hormona de la libido y también, erróneamente, hormona masculina. De igual forma que el estrógeno, está presente tanto en hombres como en mujeres, aunque en proporciones diferentes. En las mujeres es producida por las glándulas suprarrenales y los ovarios, siendo esta última la fuente más frecuente. Las situaciones que conllevan una disminución de los niveles de testosterona pueden provocar una disminución del deseo sexual, entre ellas: pacientes con tratamiento hormonal por cáncer de próstata metastásico, enfermos jóvenes tratados por cáncer de testículo o linfomas y mujeres ooforectomizadas. Cuando se extirpa una glándula suprarrenal o los ovarios, las mujeres reportan una reducción drástica en el interés sexual, la sensación y la frecuencia del orgasmo. Algunos de estos pacientes se pueden beneficiar con terapia hormonal sustitutiva (THS).

Los trastornos afectivos aparecen con mayor frecuencia en los pacientes con cáncer, y constituyen causa frecuente de pérdida del deseo sexual en éstos.

La pérdida situacional del deseo usualmente indica conflicto marital. Varios estudios sugieren que el diagnóstico del cáncer no produce trastornos maritales en las parejas felices, pero puede exacerbar conflictos ya existentes. A veces la pareja pierde el deseo por el paciente a causa de que la intimidad del sexo es dolorosa.

El cáncer puede ser experimentado como una violación de la integridad corporal; también se ha visto aversión en pacientes o su pareja que consideran que el cáncer es contagioso a través del contacto sexual.

a) Alteraciones de la excitación sexual en el hombre

✓ Disfunción eréctil

Es el problema relacionado con el logro o el mantenimiento de las erecciones, y constituye la causa más común de la búsqueda de atención o asesoría. Los tratamientos contra el cáncer, desafortunadamente, pueden dañar el reflejo de erección a través de una serie de mecanismos. Las causas hormonales de poco deseo sexual, señaladas anteriormente, constituyen dificultades para que estos pacientes logren la erección. Algunos sin embargo, aquéllos por debajo de los 50 años de edad, pueden lograr erecciones normales aún con niveles insuficientes de testosterona. La insuficiencia vascular se considera una causa común de disfunción eréctil, en pacientes añosos. Ésta puede estar provocada por el tumor en sí, así como por el tratamiento específico (especialmente la radioterapia sobre la pelvis). La causa neurológica más común de disfunción eréctil en el tratamiento del cáncer es el daño al plexo prostático durante la cirugía pélvica radical (cistectomía y prostatectomía radical, resección abdominoperineal del recto, linfadenectomía retroperitoneal por tumores testiculares).

Después de la resección abdominoperineal las tasas de disfunción eréctil oscilan entre un 15-80%. El estadio en que está el tumor no predice la recuperación de la erección, pero como sucede con otras operaciones radicales pélvicas, los hombres jóvenes tienen más probabilidades de recuperarse completamente. Los que fueron sometidos a una resección anterior baja tienen una baja incidencia de disfunción eréctil posoperatoria que aquéllos que recibieron una resección abdominoperineal.

Otras causas de disfunción eréctil neurogénica en pacientes con cáncer incluyen neuropatía autonómica, por ejemplo tras quimioterapia e inmunoterapia. Por supuesto, el cáncer que involucra la médula espinal tiene el potencial de dañar los centros nerviosos que controlan la erección. La enfermedad cardiovascular y los tratamientos antihipertensivos son fuertes predictores de disfunción eréctil.

No obstante, la mayoría de los problemas de erección en pacientes con cáncer tienen una base psicológica. Los conflictos maritales, el sentirse estigmatizado por el cáncer y la ansiedad por la relación sexual, son antecedentes comunes de disfunción eréctil psicógena.

b) Alteraciones de la excitación sexual en la mujer

✓ Falta de excitación y deseo

La falta de excitación sexual subjetiva y de placer está a veces ligada a problemas físicos tales como: menor expansión vaginal y capacidad reducida de lubricación de la vagina. Las dos mayores causas fisiológicas de problemas de excitación en las mujeres con cáncer son: menopausia prematura e irradiación pélvica.

✓ Menopausia prematura

Algunos tratamientos llevan a la menopausia prematura, entre ellos la radioterapia y la quimioterapia. Consti-

tuye un factor pronóstico importante la edad de la mujer; las más jóvenes generalmente resisten dosis más altas de radioterapia o de citostáticos sin que se afecte la función ovárica. El grado de daño ovárico depende, además, de las drogas específicas usadas, así como de la dosis.

Los síntomas de fallo ovárico prematuro y abrupto son más severos que los de la menopausia natural y esto, obviamente afecta el bienestar de la mujer, al provocar una disminución del deseo sexual.

II. Orgasmo

Los problemas relacionados con el orgasmo constituyen otro tipo de trastorno observado, aunque con menor frecuencia. En la actualidad está demostrado que la respuesta orgásmica es más resistente al daño que la fase excitatoria, quizás porque el orgasmo depende de los nervios pudendos, más protegidos que los nervios que constituyen el plexo autonómico pélvico, que es el encargado de las funciones de la fase excitatoria. Aun cuando un hombre sufra una amputación total del pene por cáncer peneal o uretral, el orgasmo puede aún ocurrir con eyaculación de semen a través de la uretostomía. En las mujeres se ha reportado orgasmos luego de vulvectomía radical o exenteración pélvica.

a) Alteraciones en la fase de orgasmo en el hombre

✓ Disminución de la intensidad del orgasmo

Los hombres reportan con frecuencia que el orgasmo ocurre con menos fuerza y placer cuando el tratamiento del cáncer ha reducido el volumen de semen o ha impedido la erección.

Aunque la calidad disminuida del orgasmo es una queja frecuente en los hombres tratados por cáncer, la imposibilidad total de alcanzar éste es rara, más bien está matizado por factores psicológicos y sociales que impiden alcanzarlo. Los tratamientos del cáncer raramente constituyen una causa de eyaculación precoz.

✓ Eyaculación retrograda

El proceso oncológico puede interferir con la eyaculación al dañar los nervios que controlan la próstata, las vesículas seminales y la abertura de la vejiga.

El orgasmo masculino consta de 2 fases: emisión, mediada por neuronas adrenérgicas cortas, y eyaculación, mediada por el nervio pudendo. Muy pocos tratamientos contra el cáncer dañan la fase de eyaculación, pero los nervios simpáticos que controlan la emisión son más vulnerables. Los hombres que se convierten en hipogonádicos después del tratamiento o que reciben irradiación pélvica, frecuentemente reportan una reducción en el volumen de semen que puede aproximarse a un orgasmo totalmente seco. El orgasmo seco puede producirse también luego de una quimioterapia con agentes neurotóxicos. Por supuesto, los hombres también experimentan un orgasmo seco después de cistectomía o prostatectomía radical, operaciones en las cuales la próstata y las vesículas seminales resultan removidas.

b) Alteraciones en la fase de orgasmo en la mujer

✓ Dificultad para alcanzar el orgasmo

Entre el 33 y el 46% de las mujeres tienen dificultad en lograr excitación y orgasmo, luego de una histerectomía sola o con ooforectomía. Los mecanismos involucrados pueden ser varios: por pérdida de algunas sensaciones especiales antes y durante el orgasmo debidas a contracciones uterinas y estimulación del peritoneo pelviano, producidas por la presión del pene empujando el cuello y los dos tercios superiores de la vagina, por reducción del nivel sérico de andrógenos ante la ooforectomía o por compromiso vascular de los ovarios a causa de una histerectomía, por reducción de la lubricación al disminuir los estrógenos luego de una ooforectomía y por problemas derivados de efectos locales de la cirugía como el acortamiento de la vagina, tejido cicatrizal en la pelvis o en la cúpula vaginal.

En general, las mujeres tratadas por cáncer reportan con frecuencia que a pesar de poder alcanzar el orgasmo necesitan más estimulación que antes. Algunas investigaciones en mujeres después de haber sido sometidas a histerectomía radical, cistectomía radical y exenteración pélvica total, muestran que ellas mantienen la habilidad para tener orgasmo durante el coito, aun cuando la mayor parte de la vagina haya sido removida o reconstruida en su totalidad. Incluso, hay mujeres que sufrieron de coitos dolorosos toda su vida por enfermedades genito-uritarias, y que luego de una histerectomía, notan una mejoría notable en sus relaciones sexuales. En esto, tienen mucho que ver variables psicosociales y socioculturales.

✓ Dispareunia

La cirugía, la quimioterapia, la terapia hormonal, la radioterapia o algunos medicamentos puede causar cambios que producen sequedad vaginal, estrechez, úlceras o infecciones. Esto ocasiona dolor durante el coito. Una experiencia de dolor puede desencadenar temor al mismo y conducir a tensión.

✓ Falta de lubricación y atrofia vaginal

El síntoma de la esfera sexual más sobresaliente es la reducida lubricación y expansión vaginal, con un coito seco y doloroso. Con frecuencia la mujer presenta lesiones en la región vaginal y vulvar después de la actividad sexual. La atrofia vaginal puede ser también un factor que provoque irritación uretral recurrente, una fuente frecuente de dispareunia. Estos síntomas son comunes en la práctica clínica, por ejemplo, en las mujeres jóvenes que reciben tratamiento con quimioterapia por cáncer de mama o enfermedad de Hodgkin. Las mujeres con cáncer de mama tratadas con antiestrógenos pueden tener una atrofia vaginal particularmente severa.

Es criterio convencional que la mujer necesita usar un lubricante vaginal para tener un coito confortable después de haber recibido irradiación pélvica. Sin embargo, se ha demostrado al comparar mujeres sometidas a histerectomía radical vs mujeres con terapia radiante por cáncer cer-

vical, que solamente la cuarta parte de cada grupo necesitó lubricación extra durante 1 año de seguimiento.

Además de los trastornos de las diferentes fases de la respuesta sexual en hombres y mujeres, también se deben valorar los siguientes trastornos asociados:

✓ *Trastornos de la imagen corporal*

La imagen corporal es el dibujo mental que tenemos de nuestra propia apariencia. Cuando hay un cambio en la imagen corporal de modo rápido y dramático la persona se siente anormal, sexualmente menos atractiva.

Existen cambios que pueden ser ocultados bajo la ropa como la colostomía, urostomía o la mastectomía. Es frecuente que la persona reaccione intentando ocultar los cambios físicos para el observador casual, pero esto es imposible para la pareja sexual. Ocultan el cambio, evitan mirarlo y lo ocultan de los demás.

En estos casos se prioriza la intervención cognitiva mediante la psicoterapia, cuyo objetivo es ayudar al paciente a explorar sus preocupaciones, temores y sentimientos, facilitar el proceso de aceptación del nuevo aspecto físico y de las limitaciones funcionales, buscar modos adaptados para resolver las dificultades derivadas de la deformidad y la disfunción, facilitar la comunicación conyugal y familiar, promover el contacto y la reintegración social y facilitar el duelo por las pérdidas sufridas, entre otros.

Los problemas sociales primordiales en la rehabilitación son los miedos a la socialización con los demás, las dificultades en la adaptación y la disfunción, los cuales aparentemente se ven alterados. La rehabilitación debe iniciarse antes de la cirugía con cuidados preoperatorios, el asentamiento psicológico y una planeación para asegurar la continuidad. El objetivo de la rehabilitación consiste en asegurar el máximo trabajo y rehabilitación social para la optimización de los cuidados personales, la funcionalidad y la capacidad para la recuperación psicológica.

✓ *Alteración de roles y relaciones*

El cáncer cambia el rol de la persona en la familia ya que puede perderse la energía física para hacer todos los trabajos que se hacían antes. Por ejemplo, la expresión del afecto no sexual disminuye mucho en las parejas en las que la mujer tiene cáncer. Cuando el hombre es el que lo padece, la pérdida de la función sexual y de la capacidad de ingreso económico son dos elementos que, frecuentemente, se consideran como pérdida simbólica de masculinidad.

Si se está buscando pareja, puede ser difícil decidir qué contar sobre la enfermedad y cuándo.

Las diferencias de género en relación al desempeño sexual y la recuperación involucran expectativas de roles, autoconfianza, pasividad/actividad y control, y dependen, en gran medida, de la edad de los pacientes y los tratamientos oncológicos realizados.

✓ *Embarazo, contracepción e infertilidad*

Se recomienda no utilizar la píldora como método anti-conceptivo ya que los vómitos y la diarrea la hacen menos efectiva, son mejores los métodos de barrera.

En mujeres jóvenes, la infertilidad no sólo es fuente de angustia, sino que también algunas pueden llegar a evitar las relaciones sexuales por temor de que un embarazo provoque la recidiva del cáncer, especialmente después de un cáncer de mama sensible a hormonas. La evidencia actual indica, sin embargo, que el embarazo en el momento del diagnóstico de cáncer de mama en estadio precoz o después del tratamiento local exitoso, no afecta la sobrevida libre de enfermedad en mujeres con ganglios negativos.

La cirugía, la radioterapia, la quimioterapia o la hormonoterapia pueden causar infertilidad.

No existe una forma mejor o peor de reaccionar pero se debe dar información y discutir las opciones (incluyendo a la pareja) con el equipo médico, psicólogos y Unidad de Reproducción. Se aconseja realizar seminogramas y criopreservación.

✓ *Dolor*

El dolor puede interferir y constituir un distractor de los sentimientos placenteros durante la actividad sexual. La medicación analgésica con opioides puede reducir además el deseo sexual por varias vías. El dolor genital específico que se exagera por la actividad sexual ocurre raramente en hombres con cáncer, pero es el problema sexual más común en las mujeres. La mayor parte de las dispareunias en las mujeres luego de un tratamiento oncológico tienen una causa física; sin embargo, los factores emocionales pueden complicar o mantener el problema, aun cuando las causas del dolor hayan sido mejoradas.

En todos los casos de interferencia de la función sexual, los problemas orgánicos están indisolublemente ligados a problemas psicológicos. Una cuidadosa evaluación y la consideración de la reducción del dolor, la ansiedad y el disconfort, para hacer decrecer esta interferencia, son premisas básicas del manejo de este problema.

1.3.2. Tipología de cáncer y repercusión sobre la sexualidad

Cualquier tipo de cáncer puede producir, por sus síntomas y su impacto psicoemocional y social, cambios en los patrones de funcionamiento sexual, al originar nuevos problemas o exacerbar los preexistentes. No obstante, las localizaciones tumorales que afectan de manera significativa la esfera sexual en el hombre son la próstata, el pene y los testículos; en la mujer, la mama y el cáncer ginecológico (cervical, ovárico y vulvar). En ambos sexos traen asociados dificultades de orden sexual, el cáncer de vejiga, el colorrectal y los linfomas y leucemias.

Otros cánceres, como los de cabeza y cuello y el de pulmón pueden afectar considerablemente el funcionamiento sexual, al generar una amplia gama de dificulta-

des como la fatiga, la disnea, las alteraciones de la imagen corporal y la autoestima, depresión, etc.

I. Cáncer de cabeza y cuello

En el tratamiento quirúrgico de este cáncer, la resección total o parcial del área facial y estructuras orales como la laringectomía y la radioterapia genera marcas o cicatrices que pueden ser molestas e incómodas para el paciente. Se producen cambios funcionales como: disfagia, cambios en la textura de la saliva, alteraciones del gusto, alteraciones cutáneas, pérdida de la voz y algunos mecanismos para la respiración que antes eran normales.

El impacto potencial en la sexualidad ante el tratamiento por cáncer de cabeza y cuello puede ser particularmente devastador, ya que los efectos que ocasionan se reconocen de inmediato. El paciente se siente totalmente falto de atractivo, con frecuencia tiene dificultad con las necesidades más básicas de la vida como hablar, comer e incluso respirar. Estos pacientes necesariamente enfrentan alteraciones estéticas y funcionales lo que influye en su imagen corporal y su sexualidad.

II. Cáncer de pulmón

En España se diagnostican unos 20.000 nuevos casos de cáncer de pulmón cada año, siendo uno de los tumores con mayor incidencia y mortalidad, siendo el principal tipo de cáncer en el hombre.

El paciente puede experimentar dolor, fatiga, disnea, neuropatía periférica, malestar general, esterilidad, anemia, alopecia, pérdida de peso, y anorexia. Además, mantener el estado nutricional de los pacientes puede ser un gran desafío. Por ello puede tener importantes efectos en los pacientes que influyen en la actividad sexual y la satisfacción.

III. Sarcomas óseos y de tejidos blandos

Por lo general el cuidado de los pacientes que han sido sometidos a una amputación de alguna extremidad por sarcomas óseos o de tejidos blandos se enfatiza en su rehabilitación después de colocar una prótesis. La amputación de una extremidad crea grandes problemas en la autopercepción y en la aceptación. Según sean las creencias del paciente puede pensar que la amputación es un castigo, como también la pueden relacionar con el nivel de "hombria" o "virilidad".

Algunos de los problemas sexuales propiamente dichos, en estos pacientes, incluyen los mecanismos simples de la posición corporal durante el acto sexual, la inmovilidad debido a la amputación, el fetichismo de la persona afectada, enfermedades asociadas que pueden alterar la función sexual y el dolor fantasma.

IV. Cáncer de mama

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres occidentales. En España se diagnostican alrededor de 25.000 nuevos cánceres de mama al año.

El cáncer de mama implica para muchas mujeres una situación que afecta física y psicológicamente su calidad de vida. Una de las fases en las que se presenta un mayor deterioro emocional es durante el tratamiento, debido a los efectos secundarios, colaterales y secuelas del mismo, como la cirugía.

El tratamiento sistémico utilizado en pacientes con cáncer de mama afecta a los ovarios, lo que produce una insuficiencia ovárica. El epitelio vaginal se reseca, causando síntomas similares a la menopausia, tales como los sofocos y dolor durante las relaciones sexuales. Otros efectos a tener en cuenta que pueden afectar o intervenir en la sexualidad son las cicatrices, los cambios en el color, textura y sensación en los tejidos del seno, infertilidad permanente o temporal, náuseas, vómitos, alopecia, vaginitis atrófica, aumento de peso y fatiga.

V. Cáncer de cérvix, útero y vagina

Estos tipos de cáncer ginecológico afectan intensamente todos los componentes de la respuesta erótica femenina, tanto por los problemas derivados de la propia sintomatología ocasionada por la enfermedad (inapetencia, pérdida de peso, sangrado vaginal profuso, flujos fétidos, etc.) así como de los tratamientos realizados.

Al igual que el cáncer de mama, la cirugía que puede requerir la paciente, afecta directamente la sexualidad, y al verse amenazada su capacidad de ser físicamente sexual, puede perder su sentido de feminidad. Es normal que a medida que evoluciona el tratamiento, se presenten fluctuaciones en la autoestima y la imagen corporal, y es probable que el ciclo de respuesta sexual se vea alterado si el tratamiento afecta la estructura e inervación del clítoris o la vagina. Las mujeres que se enfrentan a este tipo de intervenciones tienen muchos temores, entre ellos: Amenaza a la vida, pérdida de la feminidad, inquietudes de cómo se verá externamente, la capacidad para tener relaciones sexuales y si estas van a ser dolorosas, temor a que además de la fertilidad, se pierda también la vitalidad y el potencial del organismo y temor a la disminución de la libido y la pérdida de la lubricación vaginal.

VI. Cáncer de próstata, pene y testículos

Al igual que las mujeres, los hombres tienen funciones estereotipadas, que la sociedad espera que desempeñen. La masculinidad se iguala con la actividad y la productividad, y como es de esperarse "un hombre nunca debe admitir que tiene algún problema físico y siempre debe estar en el control de las cosas".

Cuando el paciente tiene un tumor maligno en la pelvis o el área genital toda su imagen se ve amenazada y si el cáncer afecta la próstata, el testículo o el pene, adicionalmente se produce una alteración temporal o permanente en la erección, emisión y la eyaculación, por lo general, el orgasmo no afecta al hombre y puede experimentarlo incluso aun cuando pierde la función genital.

En el cáncer de próstata de acuerdo a la extensión de la cirugía se pueden presentar diferentes complicaciones

como una eyaculación escasa o impotencia eréctil. Cuando se involucra la radiación pueden presentarse problemas como la fibrosis de las arterias pélvicas llevando a una impotencia eréctil. El tratamiento endocrino con frecuencia ocasiona problemas vergonzosos para el paciente como la ginecomastia, atrofia del pene, y pérdida de la libido, que viene acompañado de depresión, debilidad física, ansiedad y dolor que notoriamente disminuyen el deseo sexual.

El cáncer testicular, suele afectar a población joven entre 15 y 34 años, por lo cual el tratamiento produce problemas orgánicos y ansiedad sexual que generan disfunción. En estos casos es indispensable educar a la pareja para evitar perder el deseo sexual, y utilizar técnicas para aumentar la eyaculación y la intensidad del orgasmo. Cuando el problema es el cáncer de pene, aunque es poco común, casi siempre el tratamiento es una penectomía parcial o total, lo que resulta bastante traumático para el paciente y su pareja, ya que la cirugía es mutilante.

1.3.3. Alteraciones sexuales derivadas del tratamiento

Las alteraciones en la función sexual del paciente que recibe tratamiento para el cáncer son muy variables dependiendo el tipo de cáncer y el tipo de tratamiento.

1. Quimioterapia

Las principales alteraciones sexuales desencadenadas por la quimioterapia se agrupan en las de aspecto físico seguidas de las emocionales, es así como los problemas de funcionalidad, desempeño y satisfacción se ven alterados principalmente; dentro de los aspectos biológicos, como la fase del deseo sexual, de la excitación sexual y del orgasmo.

Los aspectos psicológicos que se refieren a la autoimagen sexual también adquieren gran relevancia así como la presencia de problemas relacionados a los aspectos sociales y psicológicos que están marcados por el sufrimiento constante, el miedo y la preocupación debido a la enfermedad y el tratamiento.

Así mismo, los problemas de lubricación vaginal pueden ser resultado de la reducción en los niveles hormonales de estrógenos, también debido a la quimioterapia, cuya manifestación clínica es la disminución de la humedad vaginal y, rara vez, una reducción en el diámetro de la vagina.

Esta relación entre la quimioterapia y los efectos que se producen, se traduce a procesos químicos producidos en el cuerpo como producto de los componentes citotóxicos utilizados para su composición, entonces, si disminuye la lubricación vaginal esto explica la sequedad y por ende se produce dolor coital lo que impide que la mujer goce de una relación sexual satisfactoria debido al dolor, y abandonar el hacerlo.

Es reconocido que la quimioterapia produce toxicidad ovárica, trayendo como consecuencia la menopausia temprana, lo que produce infinidad de complicaciones en la vida sexual de la mujer cuando ésta se encuentra en una edad temprana; esto confirma que la administración de quimioterapia produce múltiples efectos secundarios comprobados en los pacientes que la reciben, además muchos

autores coinciden con los principales efectos como la dispareunia, sequedad vaginal, disminución de la libido, menopausia temprana, dichos efectos están reportados en la literatura como complicaciones estudiadas que muy seguramente aparecerán en el paciente.

Estos problemas pueden conducir a deficiencias en la fase de excitación, la libido y el orgasmo, la respuesta a la estimulación sexual, y la energía sexual y placer erótico.

La quimioterapia a menudo causa fatiga y se asocia con la pérdida del deseo sexual y la disminución de la frecuencia de relaciones sexuales.

También cabe destacar que uno de los más devastadores eventos para el paciente oncológico respecto al ámbito emocional es la pérdida del pelo, por la importancia que otorga la sociedad a la apariencia.

2. Radioterapia

Adicional a la quimioterapia es una modalidad de tratamiento bastante común en el cáncer de mama, recto, cérvix, próstata, pulmón, entre otros, que puede traer consecuencias graves en la función sexual, afectando principalmente al epitelio de la vagina, el cual puede verse destruido durante la fase de tratamiento, afectando la longitud y elasticidad de la misma y produciendo cambios en la lubricación vaginal con el consecuente dolor durante la penetración.

Adicionalmente, la radiación en esta zona implica cambios en la producción de hormonas por el ovario, lo cual altera conformemente la libido y la anatomía propia de la mujer. Así mismo afecta directamente órganos propiamente sexuales, se ve implicada en la radiación la vejiga y el intestino, que por los efectos de cistitis, dolor en la deposición, diarrea entre otros, puede disminuir el deseo sexual y aumentar el dolor en vejiga y recto durante la penetración, así mismo la radioterapia en la pelvis puede causar daño vascular o nervioso resultando en una activación retardada del orgasmo.

3. Cirugía

Este proceso conlleva a unas alteraciones sexuales específicas, en donde muestra la importancia y el impacto de las ostomias en la vida sexual de los pacientes, con alteraciones significativas en la función sexual, la vida social, la imagen corporal y morbilidad psicológica.

Otra alteración producida por la cirugía en la realización de la prostatectomía radical para paciente con cáncer de próstata, es el riesgo de sufrir incontinencia e impotencia.

También es de destacar que la sexualidad posterior a la mastectomía o la histerectomía a causa de cáncer de mama o de cérvix uterino está disminuida. Las intervenciones quirúrgicas en mama y útero degradan la configuración amable de la autoimagen, perturbando su sexualidad, en tanto que el componente imaginario de la identidad, e identidad de género, necesita estar ligado a determinados rasgos anatómicos que funcionan como semblantes.

1.3.4. Evaluación psicosexual del paciente oncológico

La evaluación de la función sexual en el paciente oncológico es un tema complejo que abarca diferentes aspectos. En primer lugar, porque muchas veces, la expresión de un desorden a través de la genitalidad es sólo un aspecto del problema, y generalmente detrás hay una desadaptación afectiva trascendente. Por otra parte, es difícil poder determinar líneas de base o de normalidad en la sexualidad humana y hay que recurrir a referencias biográficas de los sentimientos y conductas sexuales del paciente. En este caso, hay que tener en cuenta que existe una clara tendencia por muchos pacientes a sobrevalorar las conductas anteriores.

Este aspecto está asociado a la consideración de que en el ser humano, lo individual, lo psicosocial y lo cultural juegan una enorme influencia mutua en la expresión de la sexualidad, por lo que será diferente para cada país y cada estrato socioeconómico, para cada paciente, y aún para cada profesional de la salud, en particular, que no es ajeno a su historia, su sociedad y su cultura.

Se estima que entre un 80 y un 90% de los pacientes se benefician de un breve consejo sexual y no necesitan de una consulta especializada.

Se pueden ofrecer algunas sugerencias generales para la evaluación de la sexualidad en los pacientes con cáncer.

- No dejar de preguntar sobre la sexualidad en el contexto general de la evaluación diagnóstica. El paciente habitualmente no toma la iniciativa porque ignora sus problemas, los niega o, simplemente, porque le avergüenza.
- Evaluar antes, durante y después de los tratamientos para la enfermedad.
- Explorar hábitos, conductas, sentimientos y actitudes hacia la sexualidad y en relación con la enfermedad, incluyendo ganancias secundarias con la disminución de la frecuencia o de la iniciativa sexual.
- Evaluar en relación a la pareja, considerando también sus criterios.
- Ser respetuoso y delicado en el interrogatorio, considerando las ideas morales, la educación y la ética del enfermo. Avanzar en la medida que el paciente va dando señales de interés por el tema o manifiesta intenciones de seguir abordándolo.
- Considerar, al evaluar posibilidades de tratamiento, que a pesar de que, en general, la disfunción sexual es tratable, no siempre se conseguirá solución fácil y rehabilitación definitiva, y hay que enfocar esto con el enfermo de forma constructiva.
- Explorar mecanismos del paciente para canalizar su sexualidad afectada o infructuosamente tratada. Es imposible, utópico y altamente dañino para éste considerar, después de un tratamiento invalidante, que "aquí no ha pasado nada". Nada es ni será igual que antes de la enfermedad o el tratamiento, aun cuando se conserven intactas las funciones sexuales, en términos de genitalidad. Cuando se trata de mutilaciones totales o parciales y se evalúa la posibilidad de prótesis, de la cirugía recons-

tructiva y de otros progresos técnicos actuales, se debe recordar siempre que todo órgano logrado no deja de ser una caricatura de lo perdido, y que esto repercute psicológicamente y también en la esfera sexual.

- Investigar sobre efectos secundarios de medicamentos, frecuentemente obviados ante la valoración de la influencia de tratamientos como la cirugía y la radioterapia. Considerar siempre que el efecto de las drogas puede ser muy variable de un individuo a otro. Entre los medicamentos que pueden afectar en mayor medida la función sexual, se encuentran: los quimioterápicos, las hormonas (testosterona y estrógenos), algunos antibióticos y antiparasitarios (metronidazol), los anticolinérgicos y antisecretorios H2 (cimetidina), los antidepresivos tricíclicos y del tipo IMAO, neurolépticos, ansiolíticos e hipnóticos, diuréticos y drogas antihipertensivas, especialmente betabloqueadoras (reserpina, digital, metildopa, hidroclorotiazida, espironolactona, clortalidona), anfetaminas, etc. Otros productos: el alcohol, la cocaína y los alucinógenos, pueden afectar la respuesta sexual en diferentes fases.
- Considerar las quejas principales, el status sexual, el status médico incluyendo las terapias antitumorales, el status psicológico y psiquiátrico, la historia familiar y psicosexual y las relaciones interpersonales en todo esquema evaluativo, en un todo coherente que conduzca a un resumen y a recomendaciones terapéuticas.

Al evaluar las disfunciones sexuales en el paciente con cáncer podrán utilizarse diferentes métodos: además del examen físico completo y exámenes complementarios, otros procedimientos como la entrevista breve focalizada y el uso de cuestionarios especiales.

Entrevista psicosexual

La realización de una entrevista completa, adecuada y precisa constituye un elemento de gran relevancia para detectar y tratar problemas de índole psicosexual. Esta entrevista facilita la conversación con el paciente, observando las características halladas durante la entrevista como lenguaje corporal, incluyendo postura y tono de voz, apariencia física, cambios emocionales como llanto y respuestas inadecuadas que pueden dificultar el diálogo iniciado.

En la entrevista breve de evaluación sexual es preciso conocer los problemas específicos que tiene el paciente, así como los factores etiológicos presentes, con el objetivo de planificar el tratamiento. Con frecuencia el paciente con cáncer tiene múltiples disfunciones sexuales con un rango de causas que interactúan para hacer los problemas más severos.

Se recomienda que la pareja participe en la entrevista, ya que de esta manera se facilita la discusión de algunos temas que son de mutua competencia; sin embargo, puede haber otros aspectos más difíciles de manejar en pareja. Si el tiempo lo permite se sugiere unos minutos más con cada integrante de la pareja por separado para tener una idea más completa en áreas sensibles.

Se debe interrogar sobre la frecuencia del sexo antes y después del diagnóstico de cáncer, en qué forma logran el orgasmo (en el coito o con las caricias manuales u orales), en qué medida el tratamiento contra la enfermedad ha afectado la sexualidad, la forma de aparición del trastorno sexual (si es brusca o gradual) y en qué situaciones de la vida aparece, entre muchos otros aspectos a tener en cuenta.

Se debe preguntar acerca de los factores emocionales en la historia del paciente, así como las estrategias actuales en la lucha contra el cáncer que puedan tener un impacto en la sexualidad.

Los principales objetivos son:

- Determinar el autoconcepto y sentimientos de imagen corporal que está presentando el paciente.
- Determinar el nivel de estrés que presenta el paciente por síntomas asociados al cáncer.
- Proporcionar oportunidad para iniciar discusión sobre el efecto del cáncer en la sexualidad.
- Facilitar la exploración de preocupaciones sobre sexualidad para aclarar las posibles dudas existentes y evitar incrementar el temor y la ansiedad en esta etapa.
- Obtener información específica sobre el interés sexual personalmente en cada paciente, que practica tiene y preocupaciones internas y de pareja.

Existen cuatro etapas para utilizar al momento de realizar una consejería exitosa con el paciente, estas son: consentimiento, información limitada, sugerencias específicas y terapia intensiva. Para ello, se debe tener una capacitación específica sobre la temática, ya que se debe conocer en profundidad las diferentes alteraciones sexuales y por lo tanto las acciones e intervenciones específicas a realizar. Además de esto, se debe conocer qué tipo de estrategia es adecuada para cada paciente de acuerdo a su experiencia, conocimiento, habilidades y limitaciones.

Se destaca el modelo PLISSIT propuesto por Jack. S. Annon en 1976:

Etapas de Consejería:

1. *Consentimiento.* En este primer paso se crea un ambiente cálido y adecuado para que el paciente se sienta cómodo con el tema de la sexualidad y pueda expresar sus emociones, sentimientos y dudas, expresando así un ambiente de confort y permisivo para que el profesional pueda desempeñar tranquilamente su papel como consejero.
2. *Información limitada.* En esta segunda etapa de consejería se debe mostrar aún más conocimiento en temas de sexualidad, y de este modo aclarar las diferentes dudas e inquietudes específicas que surgen en los pacientes, además de brindar información y consejos específicos que beneficien la intimidad y sexualidad del paciente y de la pareja.
3. *Sugerencias específicas.* Es utilizado cuando la información limitada no es suficiente o adecuada en un paciente,

por lo que se puntualiza en el proceso y desarrollo de las patologías, el origen de tumor, las alteraciones sexuales específicas que desencadena, ya sea de origen neurológico, endocrino, con alteración física o de autoestima, por lo tanto el profesional está en capacidad de proporcionar y transmitir consejos prácticos y pautas que mejoren su calidad de vida, su bienestar y desempeño sexual. Algunas posibles actividades o consejos implican, el uso de otras zonas erógenas, masturbación, literatura erótica, uso de juegos sexuales, cambios de posición, uso de lubricantes, entre otras opciones de acuerdo a su interés y alteración.

4. *Terapia intensiva.* En esta última etapa el paciente requiere y manifiesta unas necesidades sexuales complejas, por lo que el profesional lidera un proceso paralelo con expertos en sexología, sexólogos y psicólogos que apoyen la consejería.

En la realización de la consejería se deben considerar unos factores fundamentales que garantizan un resultado eficaz, dentro de los que encontramos:

- El uso adecuado del lenguaje hacia el paciente, mantener una conversación con palabras claras y entendibles para el paciente, evitando así confusiones y dudas no aclaradas.
- Es necesario recordar o tener en cuenta la edad del paciente, creencias, religión, actividad sexual previa, salud física y emocional.
- Tener en cuenta las condiciones específicas del paciente y las alteraciones sexuales presentes.
- Enfocarse en los aspectos positivos hallados durante la consejería realizada.
- Garantizar al paciente el manejo ético de su situación durante el proceso de intervención.

El uso de cuestionarios para ser rellenos por los pacientes puede a veces salvar un tiempo valioso. Cuando se utilizan los cuestionarios para tamizar un gran número de éstos, es posible identificar a aquéllos con altos niveles de estrés sexual o psicológico. Éstos pueden ser entonces sometidos a una entrevista de evaluación más detallada. Aun así, los cuestionarios raramente pueden dotar de la línea base o curva de normalidad deseada para evaluar los cambios en el patrón de respuesta sexual.

Algunos cuestionarios que han resultado particularmente útiles son:

- El formato de historia sexual (sex history form), que mide la función sexual.
- El inventario de ajuste de la pareja (dyadic adjustment inventory), que explora la satisfacción marital.
- El inventario breve de síntomas (brief symptom inventory), que evalúa el estrés.
- La escala de ajuste psicológico a la enfermedad (psychological adjustment to illness scale), para el estrés relacionado con la enfermedad.

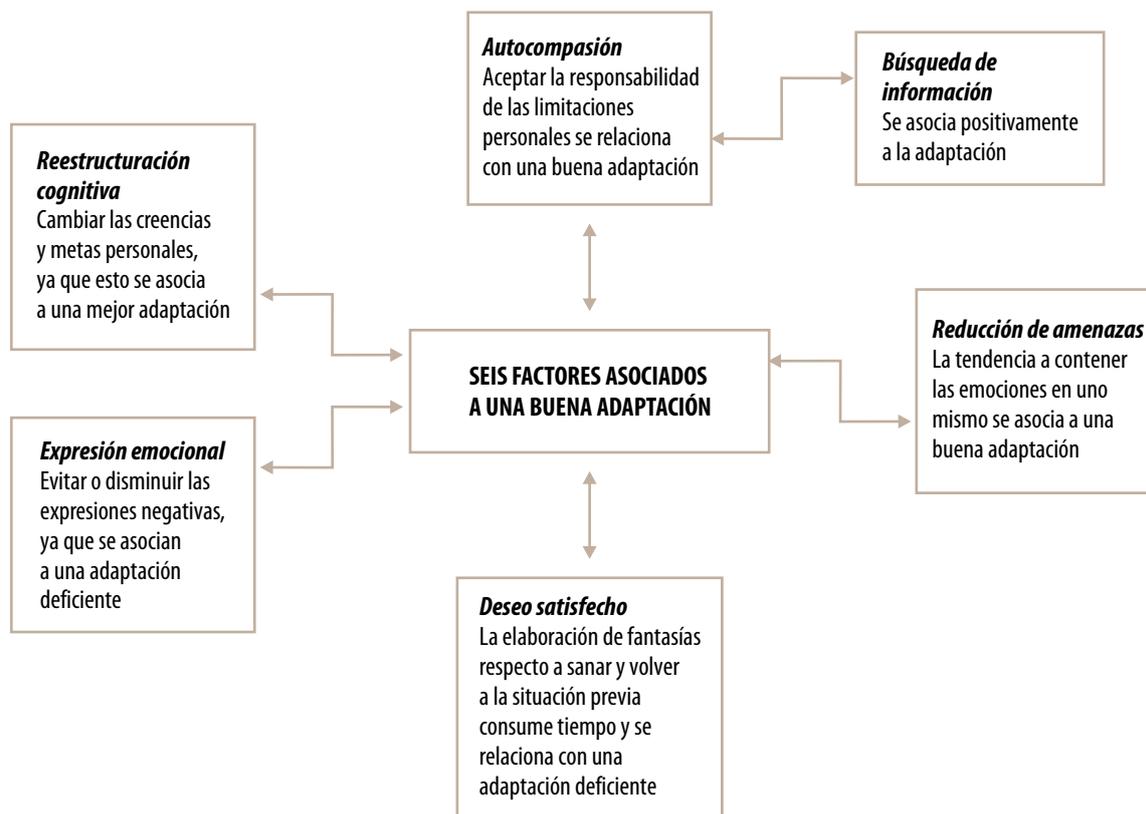


Gráfico 2. Los seis factores asociados a una buena adaptación de Moos y Tsu.

- El inventario para situaciones problemáticas del cáncer (cancer inventory of problem situations), que mide el ajuste al cáncer.

Finalmente el análisis de la conducta individual y el ambiente en que dicha conducta tiene lugar, como sugiere el modelo de aprendizaje conductual, es apropiado para entender las reacciones psicológicas ante las limitaciones físicas. En 1977, Moos y Tsu desarrollaron 6 factores asociados a una buena adaptación.

1.4. El tratamiento de los problemas sexuales en pacientes con cáncer

El tratamiento de los problemas sexuales en los pacientes con cáncer depende de los factores causales interactuantes, e incluye procedimientos como el consejo sexual breve, educación sexual, métodos para cambio de actitudes, consejos para recuperar el funcionamiento sexual con la pareja asociados a ejercicios, técnicas de minimización de las limitaciones físicas y de resolución de conflictos, terapia sexual intensiva bajo entrenamiento, etc.

El consejo sexual breve constituye la espina dorsal de la rehabilitación sexual. Incluye 5 componentes: educación sexual, cambio de actitudes maladaptativas, consejos para obtener un sexo agradable, minimización de las limitaciones físicas y resolución de conflictos maritales relacionados con el tratamiento del cáncer.

Las técnicas de educación sexual satisfacen las necesidades más apremiantes de los pacientes con cáncer: conocer cómo funcionan sus cuerpos y cómo el tratamiento del cáncer cambia esta función. En este sentido se han desarrollado

varios modelos genitales tridimensionales que muestran la anatomía interna y externa y constituyen una valiosa herramienta educativa. Tanto hombres como mujeres pueden tener dificultades en la identificación de algunos de sus órganos sexuales, así como su función, por ello en determinados tipos de cáncer los pacientes manifiestan concepciones erróneas en relación a su enfermedad y la evolución. Incluso en tumores de órganos no genitales, el impacto sexual del tratamiento es mejor comprendido cuando se tiene una idea más clara de la anatomía y fisiología del órgano afectado.

Los métodos para cambio de actitudes son útiles porque los pacientes con frecuencia creen mitos con relación a la sexualidad y al cáncer. El temor al contagio de la enfermedad y el hecho de considerar que el orgasmo coital es el único tipo normal de conducta sexual son algunos de estos mitos. Deben respetarse las preferencias y las elecciones basadas en asuntos religiosos. La función terapéutica no es hacer labor proselitista o de predicar, sino sugerir alternativas.

La minimización de las limitaciones físicas es particularmente valiosa en el tratamiento de muchos pacientes que han sufrido la pérdida de una parte de su cuerpo, como la amputación de un miembro, una vulvectomía, penectomía o mastectomía. El dolor crónico, la fatiga, la falta de movilidad son secuelas comunes de la enfermedad avanzada o del tratamiento. En lugar de esperar a que la relación sexual ocurra espontáneamente, éstos tienen que planificarla para cuando se sientan más capaces, menos sintomáticos. La posición es un aspecto importante a tener en cuenta, si bien no existe una posición correcta para todos.

Un grupo de pacientes con necesidades especiales son los que padecen tumores de cabeza y cuello. Muchos tienen deformidades faciales que afectan la autoestima y la percepción por otros. Una laringectomía interfiere con la comunicación y presenta problemas de olores y descargas mucosas. Es necesario dedicar más esfuerzos al desarrollo de técnicas de rehabilitación sexual para aliviar estos problemas.

La resolución de conflictos maritales relacionados con el cáncer es una ayuda que se da a la pareja al hablar sobre áreas de conflicto y constituye un importante paso en la resolución de los problemas. Para que la relación continúe después de un diagnóstico de cáncer es necesario que ambos miembros de la pareja cambien, la relación se ve muy afectada si uno de los miembros de la pareja lo hace y el otro no. Por eso, ambos miembros de la pareja deben trabajar activamente en un crecimiento conjunto; si ello puede lograrse, sería la mejor solución. En el peor de los casos, es un tiempo empleado de forma interesante y estimulante. Lo más usual es que ambos miembros de la pareja acepten con facilidad el concepto de que el cónyuge es un valioso aliado en ayudar a la persona con cáncer a encontrar su propio camino; pero cuando el objetivo es que ambos crezcan espiritualmente, el concepto se hace todavía mucho más aceptable.

El sentido común ayuda a proponer soluciones, tales como sugerir a una pareja exhausta ir a dormir a su casa el fin de semana en lugar de hacerlo en la habitación del hospital.

Entre un 10 y un 20% de todos los pacientes padecen disfunción sexual severa que demanda habilidades especiales por parte de un terapeuta sexual entrenado y el uso de técnicas de terapia sexual intensiva. Las indicaciones más frecuentes para este tipo de tratamiento son los problemas sexuales que siguen al diagnóstico del cáncer y que constituyen una fuente de estrés, los problemas sexuales relacionados con conflictos maritales severos, un trastorno que no responda al consejo sexual breve, o un problema sexual que el paciente enfrente con pocos recursos psicológicos.

La terapéutica sexual formal incluye habitualmente intervenciones rápidas, dirigidas al control de síntomas, y en ella participa la pareja. En ella son asignadas determinadas tareas a los pacientes, que incluyen ejercicios de focalización sensorial y búsqueda de otras técnicas sexuales que resulten efectivas para revertir disfunciones específicas. El manejo de la comunicación marital y el bienestar psicológico individual constituyen a menudo parte importante del tratamiento. Las técnicas de terapia sexual, combinadas con técnicas cognitivo-conductuales, como la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en nuevas habilidades de afrontamiento, que han sido usadas en otras enfermedades crónicas, pueden ser útiles en el tratamiento de las disfunciones sexuales relacionadas con el cáncer, en función de los resultados de la rehabilitación médica o quirúrgica, como en las reconstrucciones mamarias o el tratamiento de disfunciones eréctiles con alto peso de los componentes orgánicos.

Otro asunto es el tratamiento de la disfunción eréctil de componentes orgánicos significativos. La mayoría de los pacientes con disfunción eréctil orgánica serán candidatos

para dos formas de tratamiento como la inyección intracavernosa y la implantación de prótesis peneana.

En contraste con los tratamientos específicos para los problemas sexuales en los hombres, las intervenciones en las mujeres han estado más restringidas a terapias para cánceres específicos. Entre estas intervenciones cabe destacar la reconstrucción mamaria, la cirugía reconstructiva vaginal ante la vulvectomía, tratamientos medicamentosos para quienes presentan menopausia prematura después de los tratamientos para el cáncer (especialmente terapias hormonales locales), supositorios lubricantes, etc. Un punto importante es atender a los aspectos psicológicos de la rehabilitación sexual tanto como a los físicos.

Especial atención se ha prestado a la mujer con cáncer de mama. En los primeros días luego del diagnóstico, una mujer necesitará más que nunca la atención de su pareja, también él tendrá que tratar con el cáncer un día tras otro.

Tras la mastectomía, la mujer y su cónyuge deben tratar de reducir sus inhibiciones sexuales, de hablar abiertamente sobre sus ansiedades. No puede darse un consejo único, ya que cada mujer es única y tiene una relación única con su pareja.

El consejo, la terapia de pareja, las técnicas de terapia sexual basadas en la focalización sensorial, y en general, la psicoterapia dirigida a la solución de conflictos vitales, familiares y matrimoniales, son recursos vitales para que el tratamiento integral de los problemas sexuales en la mujer con cáncer sea exitoso.

1.4.1. Tratamiento específico de los trastornos sexuales en el hombre

El principal problema destacado por los hombres en cuanto a la salud sexual tras un proceso oncológico es la disfunción eréctil. Existen diferentes tratamientos, entre los que destacan:

1. Tratamiento farmacológico

El sildenafil (Viagra), el vardenafil (Levitra), y el tadalafil (Cialis) son medicamentos que vienen en forma de pastillas. Todos estos medicamentos ayudan al hombre a conseguir y mantener una erección al hacer que mayor cantidad de sangre fluya hacia el pene.

Para los hombres que se han sometido a determinadas operaciones que afectan a los nervios responsables de generar las erecciones (como una prostatectomía), puede que al principio el uso de estas pastillas no sea de ayuda. Es frecuente que no resulten eficaces en lo absoluto los primeros meses después de la cirugía. Sin embargo, suelen ser más útiles a medida que pasa el tiempo, y a partir de los 18 o 24 meses tras la cirugía resultan eficaces para lograr una erección rígida.

A menudo se recomiendan usar uno de estos medicamentos para promover las erecciones semanas o meses después de la cirugía, lo cual puede ayudar a la recuperación de la función sexual. Sin embargo, si estas pastillas no logran producir una erección rígida durante los pri-

meros meses tras la cirugía, es importante probar con otro tratamiento para ayudar a restaurar el flujo de la sangre en el pene.

Los efectos secundarios más comunes son dolor de cabeza, rubor, indigestión, sensibilidad a la luz y goteo o congestión nasal. En raras ocasiones puede que algunos hombres no consigan que su erección cese.

En muy pocos casos, puede que estos medicamentos obstruyan el flujo de sangre a los nervios ópticos en la parte trasera del ojo, lo cual puede causar ceguera.

2. Inyecciones de pene

Otra opción es inyectar en el pene directamente el medicamento. Una aguja muy delgada es usada para inyectar el medicamento en el costado del cuerpo del pene unos minutos antes de comenzar la actividad sexual. La combinación de la excitación sexual junto con el medicamento ayuda a producir una erección más rígida y de mayor duración.

Las inyecciones en el pene conforman el tratamiento más seguro de surtir efecto para la disfunción eréctil, siendo eficaz en alrededor del 80 al 90% de los hombres. Muchos hombres se muestran indecisos de probar con estas inyecciones debido a que temen que sean dolorosas. Sin embargo, la mayoría sienten poco o ningún dolor.

3. Píldoras uretrales

La píldora uretral ofrece otra alternativa útil. El hombre utiliza un aplicador para colocar en el interior de su uretra una pequeña cápsula (microsupositorio). Conforme la píldora se deshace, el medicamento es absorbido a través del recubrimiento de la uretra e ingresa al tejido esponjoso del pene. El hombre debe orinar antes de colocar la píldora para que el recubrimiento de la uretra esté húmedo. Una vez colocada la píldora, se debe dar masajes al pene para facilitar la absorción del medicamento.

Este sistema puede ser más fácil que las inyecciones, pero no siempre funciona tan bien y puede causar el mismo tipo de efectos secundarios. Puede que residuos de la píldora se introduzcan en la pareja durante el acto sexual, lo cual puede causarle ardor o picazón, entre otros malestares. Y al igual que las inyecciones, la cápsula podría causar una erección prolongada, la cual requiere de tratamiento médico inmediato.

4. Dispositivos de constricción por succión

Los dispositivos de constricción por succión (VED) son eficaces para algunos hombres. El hombre se coloca un cilindro plástico sobre el pene y bombea el aire para producir un vacío alrededor de la parte externa del pene. Esta succión hace que la sangre se concentre en el interior del pene, llenando el tejido esponjoso. Cuando el pene está rígido, el hombre retira el dispositivo del pene y coloca una banda elástica alrededor de la base del pene para que la sangre quede atrapada manteniendo el pene erecto. La banda puede dejarse en el pene hasta por media hora.

Algunos hombres emplean la bomba al inicio del acto sexual, mientras que otros consideran más conveniente hacerlo cuando se ha conseguido una erección parcial previa al coito. La erección que se consigue con el dispositivo por lo general es rígida, pero puede que pivotee en la base del pene, lo cual puede limitar las posturas cómodas en el coito.

5. Implantes peneanos (prótesis)

La cirugía para implantar una prótesis en el pene también es una opción a considerar. Durante las últimas décadas, muchas de estas operaciones han funcionado bastante bien para tratar problemas permanentes de erección. La mayoría de los hombres que se han sometido a una cirugía de implante quedan satisfechos con los resultados.

Existen dos tipos principales de implantes. El tipo más común es un implante inflable, el cual usa un sistema de bomba que está dentro del cuerpo del hombre. Para este tipo de implante, se colocan dos cilindros inflables y resistentes de silicona en el interior del pene.

El implante no inflable es un tipo de prótesis menos común que usa varillas semirrígidas que son implantadas en el pene. Cuando el hombre desea una erección, simplemente dobla la varilla hacia arriba; de lo contrario, la dobla hacia abajo. Este es un dispositivo más fácil de usar que un implante inflable, pero puede tener desventajas, incluyendo el que sea el menos parecido a una erección normal.

6. Testosterona

Si se trata de un desequilibrio hormonal, el empleo de testosterona puede restaurar el deseo sexual, así como su capacidad de erección. La mayoría de los hombres cuenta con suficiente testosterona, incluso después de los 50 o 60 años de edad. Sin embargo, un nivel bajo de testosterona puede resultar en falta de deseo sexual y dificultad para lograr una erección. Puede que también resulte en una sensación de falta de energía.

1.4.2. Tratamiento específico de los trastornos sexuales en la mujer

Las principales complicaciones o inconvenientes que experimenta la mujer derivados del proceso oncológico son la menopausia prematura, dispareunia y alteración de la autoimagen.

1. Lubricantes

Los tratamientos oncológicos a menudo reducen la capacidad lubricante que la vagina produce durante la excitación. Puede que se requiera de lubricación adicional para hacer que el sexo no resulte incómodo. En caso de utilizar un lubricante vaginal, se debe escoger un gel con base de agua sin fragancias, colores, espermicidas o sabores añadidos, ya que estos químicos podrían resultar irritantes en los tejidos delicados de la región genital.

Se debe tener en cuenta que algunos de los productos lubricantes más recientes incluyen extractos de hierbas

(como aloe o lavanda), los cuales puede que sean irritantes o produzcan reacciones alérgicas en algunas personas. Además, los geles que hacen que la piel se caliente pueden producir ardor.

Las jaleas con base de petróleo (Vaselina), cremas comunes para la piel y otros lubricantes con base de aceite no son buenas alternativas para la lubricación vaginal. En algunas mujeres, puede que estos productos incrementen el riesgo de infección vaginal.

2. Humectantes vaginales

Conforme la mujer envejece, la vagina puede perder naturalmente su humectación y elasticidad. Los tratamientos contra el cáncer, así como la cirugía que se realiza para reducir el riesgo de la enfermedad pueden acelerar estos cambios. Los humectantes vaginales son productos sin hormonas diseñados para usarse varias veces a la semana que mejoran la salud y comodidad vaginal en general.

Los humectantes vaginales están diseñados para ayudar a que la vagina se humedezca y mantenga un balance ácido. Se recomienda su aplicación nocturna para una mejor absorción durante las horas de sueño. No es inusual que una mujer que haya tenido cáncer requiera usar humectantes de 3 a 5 veces por semana. Los humectantes vaginales son distintos a los lubricantes, pues son de mayor duración y no están diseñados para la actividad sexual.

3. Estrógenos vaginales

La terapia tópica o sistémica de estrógenos conforma una opción de tratamiento para la mayoría de las mujeres post-menopáusicas que presentan atrofia vaginal; que también puede presentarse tras el proceso oncológico.

Estas hormonas son aplicadas y absorbidas en el área genital, en lugar de que se ingieran oralmente. Vienen en forma de geles, cremas, argollas o tabletas. La mayoría se introducen por la vagina, aunque algunas cremas pueden aplicarse en la región de la vulva. Estos métodos concentran pequeñas cantidades de hormonas sobre la vagina y en los tejidos alrededor, por lo que muy poco llega al torrente sanguíneo que pueda afectar al resto del organismo.

4. Dilatador vaginal

Un dilatador vaginal es un tubo de plástico o de goma que se usa para dilatar la vagina.

Los dilatadores vaginales a menudo se utilizan tras la radiación del área de la pelvis, cuello uterino o vagina. Pueden usarse varias veces a la semana para evitar que la vagina se ponga rígida debido al tejido cicatricial que puede desarrollarse.

5. Reconstrucción y prótesis mamaria

La reconstrucción mamaria moderna ha sido favorecida por varios avances: la tendencia a técnicas de mastectomía menos agresivas, que facilitan la cobertura cutánea; la introducción y progreso de los implantes mamarios de silico-

na; la colocación submuscular de implantes; la técnica de expansión tisular aplicada a la reconstrucción mamaria; y grandes avances en el conocimiento anatómico de los diversos colgajos disponibles, especialmente los musculocutáneos y los transferidos microquirúrgicamente.

- *Implantes:* Las prótesis mamarias de gel de silicona o de suero fisiológico son materiales aloplásticos esenciales para la realización de numerosas técnicas estéticas y reconstructivas de la mama. La forma y volumen de las prótesis mamarias pueden ser muy variables, para satisfacer los requerimientos de la paciente, habiéndose diseñado prótesis discoideas o casi hemisféricas con unas bases redondas, cónicas u ovales, así como de perfil bajo, moderado o alto.
- *Reconstrucción autógena:* Se utiliza tejido (piel, grasa y, a veces, músculo) de otra parte del cuerpo para crear la forma de una mama. Este tejido generalmente se toma del abdomen, la espalda, las nalgas o la parte interna de los muslos para crear la mama reconstruida.
- *Reconstrucción de areola y pezón:* La reconstrucción de areola y pezón confiere a la nueva mama un aspecto más natural. Para la reconstrucción areolar se emplean injertos obtenidos de la areola contralateral, la cual proporciona la mejor zona donante en cuanto a color y textura. Para reconstruir el pezón se emplean injertos del contralateral, injertos de zonas distantes y colgajos locales. En otras ocasiones también se han empleado injertos obtenidos de zonas distantes, como el lóbulo de la oreja, el pulpejo de un dedo del pie o labio menor, pero con resultados menos satisfactorios que con los injertos de pezón contralateral.

1.5. El paciente terminal

La mayoría de los enfermos terminales, llegan a esta fase habiendo pasado por algunas otras como son el tratamiento para curar o paliar la enfermedad, es por ello que previamente han tenido un largo camino y este periodo permite la adaptación a la realidad de la enfermedad y a las posibilidades que en un futuro se pudieran producir, como es el caso de la muerte.

A pesar de esta posible adaptación, cuando se llega a la fase terminal, tanto la familia como el enfermo sufren un gran impacto emocional.

Por ello el equipo profesional debe centrarse en aliviar los problemas, proporcionar soporte emocional, facilitar los procesos adaptativos, contribuir a la comunicación paciente-familia y colaborar con los diferentes recursos potencialmente implicados.

Las bases de la terapéutica en pacientes terminales serán:

- Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.
- El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domici-

liaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.

- La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran con el enfermo los objetivos terapéuticos.
- Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa
- Importancia del ambiente. Una atmósfera de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas.

1.5.1. La sexualidad en el paciente terminal

La mayoría de los pacientes en estadio terminal han atravesado por un período más o menos largo en el cual se han manifestado cambios en su funcionamiento sexual, en cualquiera de las modalidades descritas. Todo lo expresado acerca de la valoración y el manejo del funcionamiento sexual es vigente también para el enfermo terminal. A pesar de lo que comúnmente pueda creerse, el estadio terminal por sí mismo no disminuye necesariamente el interés sexual; por el contrario, puede acrecentarse la necesidad de cercanía física y de ser reconocida su condición de ser humano sexualmente deseable, aun cuando sea totalmente imposible la realización del coito.

Es obvio que existen limitaciones reales a la satisfacción sexual: clima de tensión en la pareja, efectos secundarios de los tratamientos, problemas de privacidad, debilidad y deterioro creciente, temores de la pareja a hacerle daño o a solicitar algo indebido al paciente, etc.

Por otra parte, la declinación en la frecuencia o capacidad para el acto sexual no debe interpretarse directamente como un indicador negativo en la relación de pareja y en el funcionamiento sexual global. Es común que aparezcan espontáneamente reorientaciones de la sexualidad hacia otros modelos en la relación de pareja, con modalidades muy singulares de convivencia marital o de adaptación afectiva. La desaparición de iniciativas sexuales y la adopción de actitudes más pasivas, cuando no resulta factible el patrón de funcionamiento sexual precedente, puede ser un signo de ajuste, favorecedor del bienestar emocional, que engloba y desborda la sexualidad.

Ante la evaluación del funcionamiento sexual en el paciente terminal, además de las recomendaciones generales para explorar esta esfera en cualquier estadio del cáncer, es importante enfatizar que lo primario es reconocer los problemas desde una actitud realista, evitando propuestas o indicaciones que puedan ser no deseadas por el paciente o que contradigan los principios fundamentales de los cuidados paliativos. No podremos sobrecargar a este enfermo con cuestionarios y exámenes que podrían ser útiles en otras etapas de la enfermedad. El mejor marco de evaluación es el de las entrevistas que desarrollan con él los miembros del equipo de salud que lo atienden.

Al examinar los problemas del manejo de la sexualidad en esta etapa final de la vida es necesario tener en cuenta que

la simple indicación de reanudar las relaciones sexuales, siquiera de afirmar categóricamente que no es dañina y si es posible, no siempre es psicoterapéutico. Esta indicación podría correr el riesgo de no ser realista, pero además, atrae la atención del paciente sobre una parte de su problema. Es más justificado incitar a un reconocimiento, revisión, reforzamiento o reafirmación de la vida afectiva del paciente, de la relación con su pareja. Lo sexual podrá surgir como consecuencia, aunque no siempre podrá solucionarse, total o parcialmente, y en función de múltiples circunstancias. Tratar las disfunciones sexuales en estos enfermos puede ser muy difícil, si no intentamos comprenderlo a plenitud, integrarlo con su entorno psicosocial, especialmente familiar, apoyarlo y acompañarlo en el resto de sus sufrimientos y preocupaciones. Es importante identificar, reconocer y estimular conductas sexuales alternativas, que ofrezcan posibilidades placenteras, como la cercanía física no genital y variadas demostraciones de afecto. Sin duda, una prolongada mirada, una tierna caricia, una auténtica sonrisa de amor, pueden compensar la falta de una ejecución sexual en otros tiempos deseada. Hay que concebir aquí a la sexualidad en su más abierta y flexible expresión.

Una considerable cantidad de pacientes terminales, que aún no se encuentran en período preagónico, pueden desplegar juego y maniobras de obvio contenido sexual. Algunos programas dirigidos a personas ancianas con enfermedad avanzada enfatizan en la necesidad de involucrar determinados ejercicios, nutrición adecuada y autoestima, vinculadas a estrategias para facilitar la actividad sexual.

2. CONCLUSIONES

Las alteraciones sexuales producidas por los diferentes tipos de cáncer así como por los diferentes mecanismos o modos de tratamiento afectan de forma distinta a cada paciente, lo cual implica unas necesidades específicas que deben ser detectadas e individualizadas.

Las alteraciones sexuales más frecuentes incluyen: los cambios del autoconcepto y autoimagen, disminución del deseo e interés sexual, ansiedad y fatiga durante la relación sexual, insatisfacción sexual, falta de excitación y orgasmos, dispareunia y disminución de la lubricación vaginal, esterilidad temporal o permanente, disfunción eréctil e impotencia sexual.

Para la realización de una valoración efectiva del paciente oncológico en el ámbito de la sexualidad adquiere gran relevancia el uso de instrumentos de evaluación e identificación de las respectivas alteraciones sexuales, para la identificación de necesidades específicas del paciente oncológico así como del tratamiento más adecuado, en el campo de la sexualidad. Por tal motivo, la educación y orientación sexual debe ser considerado un pilar en el cuidado del paciente con cáncer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abedi P, Afrazhe M, Javadifar N, Saki A. The relation between Stress and Sexual Function and Satisfaction

- in Reproductive-Age Women in Iran: A crossSelectional Study. *Journal of Sex y Marital Therapy*. 2015; 41(4): 384-390.
2. Annon J.S. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Theraphy*. 1976; 2(2):1-15.
 3. Baiocchi A, Lugo E, Palomino N, Tam E. Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino. *Revista Enfermería Herediana*. 2013; 6(1): 18-24.
 4. Bueno robles L.S. Salud sexual e impacto en mujeres sometidas a tratamientos por cáncer de mama y sus compañeros sexuales. Universidad nacional de Colombia. Bogotá; 2012.
 5. Carreño luna M.L. Estrés percibido y funcionamiento sexual en mujeres con cáncer de cuello uterino. Universidad Católica de Perú. Lima; 2017.
 6. Chavelas Hernández D, Olmeda García B, Alvarado Aguilar S, Ochoa-Carrillo F.J, González-Cardín V, Oñate-Ocaña L.F. Alteraciones de la imagen corporal en pacientes con cáncer de nariz sometidos a rinectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2015; 14(1): 36-45.
 7. Cruzado, J. Manual de psicooncología. Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer. Ediciones Pirámide. Madrid; 2014.
 8. Díaz Conejero E. Propuesta de intervención para la mejora de la sexualidad en pacientes oncohematológicos. *Revista Enfermería Docente*. 2016; 1(106): 278-280.
 9. Díaz V.E. Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Revista Pensamiento Psicológico*. 2010; 7: 155-160.
 10. Erikson E. *Infancia y Sociedad*. Ediciones Horme-Paidos (12ª Edición). Buenos Aires, 1993.
 11. Ferri P, Bernini C, Pisani M, Vaccari C, Lami N, Rovesti S. La sexualidad de las personas con estoma: encuesta sobre las vivencias del paciente ostomizado y la atención realizada por la enfermera especialista. *Agora de Enfermería*. 2012; 16(30): 69-74.
 12. Figueroa-Varela M.R, Rivera-Heredia M.E, Navarro-Hernández M.R. «No importa»: sexualidad femenina y cáncer de mama. *Gaceta mexicana de Oncología*. 2016; 15(5): 278-284.
 13. Finck C, Barradas S, Agudelo D, Moyan J. Cuando el cáncer de seno no significa insatisfacción sexual. Un estudio comparativo entre pacientes y un grupo de mujeres sanas en Colombia. *Psicooncología*. Colombia. 2012; 9(1): 41-64.
 14. Galindo-Vázquez O, Álvarez-Avitia M.A, Alvarado-Aguilar S. Aspectos psicológicos de las afectaciones sexuales en el paciente con cáncer testicular. *Revista Mexicana de Urología*. 2012; 72(5):256-263.
 15. Galindo Vázquez O, Álvarez Avitia M.A, Alvarado Aguilar S. Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento. *Psicooncología*. 2013; 10(1): 69-78.
 16. Hernández M, Cruzado J.A. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*. 2013; 24: 1-9.
 17. Juárez García D.M, Landero Hernández R. Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Nova Scientia*. México. 2011; 7(4): 17-34.
 18. Lozano A, Cupil A, Alvarado S, Granados M. Impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes. *GAMO*. 2011; 10(3): 156-161.
 19. Lozano I.G, Ortiz Hernández A.L. Aspectos del cuidado a considerar en la intervención de enfermería ante las alteraciones sexuales del paciente oncológico durante su tratamiento. Pontificia Universidad Javeriana de Colombia. Bogotá; 2010.
 20. Martínez-Basurto A.E, Lozano-Arrazola A, Rodríguez-Velázquez A.L, Galindo-Vázquez O, Alvarado-Aguilar S. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2014; 13(1):53-58.
 21. Masters W.H, Johnson V.E. *Human sexual response* Little, Brown, and Company. Boston; 1966.
 22. Meloni Vieira E, Barsotti Santos D, Dos Santos M.A, Giam A. Vivencia de la sexualidad después del cáncer de mama: estudio cualitativo con mujeres en rehabilitación. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. Brasil. 2014; 22(3): 408-414.
 23. Muñoz A, Camacho P. A. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Revista Chilena Obstetricia Ginecología*. 2016; 81(3): 168-180.
 24. Muñoz Zambrano C.L, Osorio Supler X. Significado de la sexualidad en adultos jóvenes sometidos a quimioterapia por neoplasia testicular. *Ciencia enfermera*. 2012; 18(2): 101-110.
 25. Narváez A, Rubiños C, Cortés-Funes F, Gómez R, García A. Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo conductual en la imagen corporal, autoestima y sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. *Psicooncología*. 2008; 5(1): 93-102
 26. Olmeda-García B, Chavelas-Hernández D, Arzate-Mireles C.E, Alvarado Aguilar S. Desgenitalización, sexualidad y cáncer. *GAMO*. 2010; 9(5): 208-214.
 27. Pintado S. Funcionamiento sexual y satisfacción con la relación de pareja en mujeres con cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex*. 2016; 84(11): 679-683.

28. Sánchez Sánchez T. Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama. Papeles del Psicólogo. 2015; 36(1): 62-73.
29. SEOM: Sociedad Española Contra el Cáncer. Las cifras del cáncer en España. Madrid; 2014.
30. Vega G, Florea P, Ávila J, Becerril A, Vega A, Camacho N, García P. Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. Revista Chilena Obstetricia Ginecológica. 2014; 79(2): 81-85.

+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



2.495 €
ON-LINE

1500
HORAS
60
ECTS

Máster en Asistencia en Urgencias y Emergencias

Edición: 1ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 371 Preguntas tipo test, 72 Supuestos y Tesina de investigación



GLOSARIO DE TÉRMINOS

- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- THS: Terapia hormonal sustitutiva.
- VED: Dispositivos de constricción por succión.
- VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.

+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



1.550 €
ONLINE

750
HORAS
30
ECTS

Experto universitario en urgencias en salud mental

Edición: 11ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 100 Preguntas tipo test, 20 Supuestos y Tesina de investigación



+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



1.550 €
PDF

750
HORAS
30
ECTS

Experto universitario en bioética para enfermería

Edición: 11ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 170 Preguntas tipo test, 6 Supuestos y Tesina de investigación



+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



2.495 €
ON-LINE

1500
HORAS
60
ECTS

Máster en Organización, Gestión y Administración Socio-Sanitaria

Edición: 12ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 353 Preguntas tipo test, 49 Supuestos y Tesina de investigación

