

CÁNCER Y SEXUALIDAD - ONCOSEXOLOGÍA

- **Vida sexual luego del cáncer de próstata.**
- **Vida sexual luego del cáncer de mama en la mujer**

Dr. Santiago Cedrés
Prof. Adj. Medicina Interna
Sexólogo Clínico
Director técnico Centro Médico Sexológico Plenus

El cáncer se ha convertido en nuestros días en una enfermedad crónica controlable. La sexualidad es un área importante en la calidad de vida de los pacientes sobreviviente al mismo, y es conocido que las disfunciones sexuales son muy frecuentes luego del tratamiento oncológico

Sin embargo, la mayoría de los profesionales médicos temen discutir sobre sexualidad en la consulta diaria, lo que provoca que los pacientes oncológicos no obtengan el cuidado propio y la atención que merecen. Además los pacientes se sienten incapaces de comunicar a sus médicos tratantes los problemas sexuales, y cuando lo hacen necesitan encontrar médicos entrenados en la asistencia a este tipo de disfunciones.

Como respuesta a estas observaciones, en el 2006 en Gran Bretaña se formo una sociedad internacional multidisciplinaria para focalizarse en esta área del cuidado clínico: "The International Society for Sexuality and Cancer" (ISSC).

La misión de la misma es promover y formar en una nueva sub especialidad de la medicina sexual: La oncosexología. La misma se dedica a la relación entre el cáncer (en sí mismo y su tratamiento) y la sexualidad.

La propia astenia provocada por el cáncer, las alteraciones anatómicas, la fisiología alterada, la reducción en los tenores hormonales y las alteraciones en la fertilidad conspiran en destruir la potencia sexual y la satisfacción.

Está demostrado que una vida sexual placentera en estos pacientes provoca menos ansiedad, menor depresión e incomodidad, menor sentimiento de soledad y mejor adaptación a los efectos del cáncer y su tratamiento, mejor capacidad para seguir disfrutando la vida, sentido de crecimiento personal

como resultado de vivir con cáncer y por lo tanto mejores resultados en su salud. Es también una buena forma de lidiar con el enojo y la confusión, y de adherirse a la vida.

No se nos ha enseñado en nuestra Facultad de Medicina a hablar sobre sexualidad con nuestros pacientes, y ellos no nos preguntan sobre estos temas, quizá esperando que nosotros los interroguemos.

Los profesionales del área de la sexología son desafiados a incluir a los sobrevivientes del cáncer en la consulta y los médicos internistas, ginecólogos, urólogos y oncólogos son también desafiados a estar atentos a los aspectos sexuales del cáncer y a discutir sobre la sexualidad con sus pacientes.

Un estudio presentado en el décimotercer Congreso Europeo de Oncología realizado en París, ha demostrado que la sexualidad forma parte de la lista de preocupaciones a las que se enfrentan los pacientes con cáncer, después del diagnóstico. En el mismo se realizaron 30 entrevistas en profundidad a pacientes con cáncer de mama, próstata, colon, cuello o tumores ginecológicos. El equipo de investigadores, dirigidos por Margaret Fiths, del Centro Regional del Cáncer Sunnybrook, en Toronto, Canadá, describió que la mayoría de ellos se enfrentaba a "barreras de comunicación" a la hora de abordar el tema con el personal sanitario.

En algunos casos, pensaban que sus médicos estaban "demasiado ocupados" para dedicar tiempo a sus dudas sobre sexualidad.

A juicio de la mencionada especialista, el asunto tiene importantes desafíos para la educación de estos profesionales, que deberían fomentar sus habilidades comunicativas para afrontar de una manera sensible el tema.

Es fundamental tener en cuenta la importancia que tiene promover una vida sexual sana, ya que la verdadera tarea de los médicos clínicos es mejorar la calidad de vida de sus pacientes y en muchos de ellos la satisfacción sexual es un pilar fundamental. Se debe conocer el daño que provoca el propio cáncer (cualquiera sea) y su tratamiento sobre la función sexual y la intimidad; como médicos debemos estar atentos y brindar las soluciones. Debemos conocer como diagnosticar las disfunciones sexuales, y sobre todo como abordarlas cuando hay situaciones que amenazan la vida. Es necesario saber y aceptar que muchos pacientes elijen continuar el ejercicio de su sexualidad hasta las últimas etapas, y esto es muy positivo para la vivencia de su enfermedad. Por lo tanto debemos estar capacitados para apoyarlos y asistirlos para que puedan cumplir con su opción. El paciente debe saber que no es anormal que sienta disturbios

sexuales durante o luego del tratamiento, debe sentirse cómodo en la consulta para hablar sobre esto y pedir las soluciones.

La vida sexual se ve amenazada por la patología neoplásica del propio aparato genital o por cualquier neoplasma extragenital dada la gran repercusión emocional que esto tiene (se evidencia un gran impacto negativo producto de la ansiedad, la depresión y el enojo). No es menor la gran cantidad de disfunciones sexuales que también aparecen inducidas por los efectos adversos del tratamiento con radioterapia o quimioterapia (nauseas, vómitos, disnea, pérdida de cabello, etc.) El conjunto de estos factores provoca en muchos casos el cese de la vida sexual.

La oncosexología abarca las disfunciones sexuales de todos los procesos neoplásicos. En este artículo vamos a centrarnos en dos de los más estudiados: el cáncer de próstata y el cáncer de mama en la mujer.

Enemigos de la sexualidad en el paciente oncológico:

- La propia astenia provocada por el cáncer.
- Las alteraciones anatómicas.
- La fisiología alterada.
- La reducción de los tenores hormonales.
- Las alteraciones de la fertilidad.

Conspiran en destruir la potencia sexual y la satisfacción.

Beneficios de la sexualidad:

- Menor ansiedad.
- Menor depresión e incomodidad.
- Menor sentimiento de soledad.
- Mejor adaptación a los efectos del cáncer y su tratamiento.
- Mejor capacidad para seguir disfrutando la vida.
- Sentido de crecimiento personal como resultado de vivir con cáncer y por lo tanto mejores resultados en su salud.
- Es también una buena forma de lidiar con el enojo y la confusión, y de adherirse a la vida.

Vida sexual luego del cáncer de próstata:

Si bien las disfunciones sexuales son una de las consecuencias más comunes del tratamiento del cáncer de próstata, los hombres están menos dispuestos que las mujeres en solicitar ayuda profesional.

A los factores causales biológicos, emocionales y psicosociales que se definen como en el resto de la población normal, se agregan en este tipo de pacientes elementos anatómicos (secuelas post cirugía), fisiológicos (cambios en concentraciones hormonales) y efectos secundarios de las intervenciones médicas. Todo ocasiona alteraciones del funcionamiento sexual, aún cuando el deseo está intacto.

El tratamiento daña los nervios y vasos sanguíneos por lo que el mismo nivel de excitación de antes tarda mucho más. El orgasmo es sentido como diferente y la eyaculación se retrasa o ausenta. También la rigidez de la erección es mucho menor ⁽³⁾.

La frecuencia de las disfunciones sexuales post tratamiento son ⁽⁴⁾:

Disfunción eréctil con una frecuencia de 6-80% luego de radioterapia externa y 2- 61% luego de braquiterapia. Esta asciende al 40 – 100% luego de cirugía prostática. La impotencia post quirúrgica tiene etiología neurogénica, y se instala inmediatamente luego de la cirugía. La que es causada por radioterapia tiene etiología vascular, y se instala en el lapso de 1 a 3 años.

También *trastornos eyaculatorios*, fundamentalmente eyaculación retrógrada (fluido seminal hacia la vejiga en el momento del orgasmo, con eliminación en la orina post coital) en un 85 % de los pacientes.

La *pérdida del deseo sexual* se evidencia en el 92 %.

La evaluación de las disfunciones sexuales en estos pacientes es diferente al resto de la población, por los diferentes factores que se ponen en juego tanto orgánicos, emocionales como sociales.

Existe una gran variedad de recursos para la rehabilitación sexológica luego del cáncer de próstata, es importante estandarizar procedimientos y usar tratamientos validados.

Las disfunciones relatadas, la incontinencia, el estrés, la fatiga, la depresión y la pérdida del deseo sexual hacen de la sexualidad un gran desafío para el paciente y su pareja.

Se debe ayudar al paciente sobreviviente del cáncer a redescubrir la sexualidad y sensualidad. Este puede ser un llamado a despertar para el paciente y su pareja, a cambiar los hábitos sexuales y revivir la intimidad. Muchas veces es una oportunidad valiosa para la pareja de trabajar juntos hacia una mejor vida sexual para ambos, un enriquecimiento sexológico.

Vida sexual luego del cáncer de mama en la mujer:

El cáncer de mama tiene una enorme repercusión en la mujer, atentando contra su propia identidad (erotismo, femineidad, rol social), contra el funcionamiento sexual y contra el relacionamiento con la pareja.

Hay una gran cantidad de factores que influyen en la sexualidad femenina luego de esta patología ya sea relacionados con el propio tratamiento, dependientes de la propia paciente, o dependientes del entorno.

Erotismo:

Se ven afectados la sensualidad y la receptividad erótica por varias causas: el impacto de la cirugía mamaria, las consecuencias de la menopausia o los trastornos hormonales relacionados, la enorme variedad de trastornos en la funcionalidad sexual o por los efectos secundarios del propio tratamiento oncológico.

El tratamiento quirúrgico aunque sea conservador, también puede ser desfigurante, ya que cuando la mujer se ve a sí misma, generalmente pierde el erotismo a nivel mamario, y si esto formaba parte de su mapa corporal durante la respuesta sexual debe redefinir su patrón de funcionamiento.

Femineidad:

Según estudios, la femineidad no cambia significativamente entre una mastectomía total o parcial, pero sí se ve afectada notoriamente por la presencia del linfedema. El mismo tiene implicancias estéticas (por la asimetría que provoca en los miembros superiores), funcionales (la paciente nota alteración funcional en actividades de la vida diaria como vestirse o comer) y relacionales (aparece la vergüenza y el miedo al rechazo).

El linfedema afecta notoriamente la autoestima, la imagen corporal, por lo que el 70% de las pacientes afectadas relata sentirse menos femenina ⁽¹⁾.

Hay un grupo especial de vulnerabilidad descrito para este tipo de repercusiones del linfedema que son las mujeres jóvenes, solteras, de menor educación o que presentan parejas conflictivas.

La clave para prevenir todas estas repercusiones funcionales y anatómicas del linfedema es el diagnóstico y tratamiento precoz.

Rol social:

El 20 % de las pacientes relatan pérdida de energía, realizan menos actividades recreativas, estrés psicosocial y problemas cognitivos (atención, flexibilidad

mental, velocidad del procesamiento, memoria visual y función motora). Estos últimos se ven particularmente afectados luego de terminada la quimioterapia⁽¹⁾.

Debe destacarse que un fuerte rol social puede disminuir el impacto del cáncer de mama en el equilibrio personal.

Disfunciones sexuales luego del tratamiento del cáncer de mama:

Schevers et al en 1995 luego de analizar 218 pacientes (72 con mastectomía parcial y 146 con reconstrucción mamaria) reportaron la frecuencia de disfunciones que se ilustra a continuación:

Estas cifras alertan sobre la necesidad de centrar la consulta en esta especial población en los sentimientos de la paciente, en escuchar sus miedos, sus dudas y las preguntas no explícitas acerca de la sexualidad. Se debe realizar un soporte psicosocial de los dos miembros de la pareja, atendiendo la etiología de la disfunción sexual biológica y psicosexual. Es importante la mejoría de la imagen corporal a través de la adecuada cirugía, la prevención y el precoz tratamiento del linfedema.

Esos últimos años la medicina sexual ha hecho importantes avances en la rehabilitación del piso pélvico con ejercicios sexológicos especialmente diseñados, con uso de estrógenos tópicos (cuando es oncológicamente seguro), con dilatadores o bujías vaginales, uso de lubricantes y varias drogas (algunas todavía en ejecución).

Hay ajustes psicoemocionales que la paciente se debe plantear, como el posicionamiento en su vida, redefinir el significado y propósito de la sexualidad en su existencia, decidir si está pronta para recomenzar su vida sexual, y apreciar su propio derecho a la satisfacción sexual.

Recomendaciones para interrogar la sexualidad en el paciente oncológico:

1. 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.
2. Evaluar antes, durante y después de los tratamientos para la enfermedad.
3. 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.



4. Evaluar en relación con la pareja, considerando también sus criterios.
5. 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. Profundizar en la evaluación siempre desde sus necesidades y su pareja, que sean reportadas ante la demanda de ayuda.
6. 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.
7. 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, aún 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 reconstructiva y de otros progresos técnicos actuales, 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.
8. 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.
9. Evaluar antes, durante y después de los tratamientos para la enfermedad.
10. 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.
11. Evaluar en relación con la pareja, considerando también sus criterios.
12. 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. Profundizar en la evaluación siempre desde sus necesidades y su pareja, que sean reportadas ante la demanda de ayuda.
13. 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.
14. 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, aún 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 reconstructiva y de otros progresos técnicos actuales, recordar siempre que todo órgano logrado no deja de ser

15. una caricatura de lo perdido, y que esto repercute psicológicamente y también en la esfera sexual.
16. 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, por ejemplo), 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, etcétera. Otros productos: el alcohol, la cocaína y los alucinógenos, pueden afectar la respuesta sexual en diferentes fases.
17. 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.

Conclusiones:

Es necesario discutir sobre sexualidad con nuestros pacientes. Ellos tienen derecho a saber que trastornos sexuales van a tener luego o durante el tratamiento. Muchas veces es de gran valor terapéutico decirles que es normal sentirse así, cuales disfunciones sexuales presentan y por qué, y dar consejos para solucionarlas. Muchas veces no lo hacemos porque nos resulta embarazoso, o no nos sentimos en confianza con nuestros pacientes para hablar de sexo, o esperamos que ellos nos pregunten o no hay tiempo durante la consulta para abarcar estos temas.

Los médicos que asisten a pacientes portadores de patología neoplásica deben tener presente que ellos tienen derecho a una vida sexual placentera, y es fundamental no subestimar las disfunciones sexuales. Es necesaria la información adecuada y el enfoque interdisciplinario. Hay recursos terapéuticos médicos con altos índices de éxito para el correcto abordaje de estos pacientes en cualquier momento evolutivo de su enfermedad neoplásica. La consecuencia de esto es mejorar los índices de satisfacción sexual con la correspondiente mejoría de la calidad de vida.

Bibliografía:

- (1) Schevers et al. Millon Women Study Collaborators. Lancet 1995; 362: 419-27
- (2) Den J.E, Wren B.G., Eden J.A. A cohort study of topical vaginal estrogen therapy in women previously treated for breast cancer. Climateric, 2003; 6:45-52.
- (3) Stead ML et al. Sexual Dysfunction in cancer patient. BMJ 2001; 122-131.
- (4) Juraskova et al. Cancer and Sex. Psycho Oncol, 2003: 49,52.