

Disfunción sexual en pacientes con cáncer

Camilo Ernesto Pino Navarro*

RESUMEN

Todos los cánceres y tratamientos relacionados tienen el potencial de afectar la sexualidad y la función sexual. Esto puede resultar del deterioro de la función biológica, alteración de la imagen corporal o de la afectación de la imagen emocional y psicológica que suelen acompañar el diagnóstico y el tratamiento. Muchos pacientes con cáncer pueden no estar preparados para los cambios en su sexualidad y vida sexual durante o después del tratamiento del cáncer, haciendo estos efectos secundarios o problemas sexuales más difíciles de abordar. La sexualidad es una parte importante de la vida de toda persona, sin embargo, profesionales sanitarios y pacientes rara vez hablan sobre los efectos del cáncer y sus tratamientos sobre la sexualidad posiblemente debido a la falta de conocimientos y experiencia. Para ofrecer este componente de cuidado los profesionales de la salud necesitan tener buenas habilidades de comunicación, ser abiertos e imparciales, y el conocimiento de las posibles ramificaciones de la enfermedad y el tratamiento sobre la sexualidad. El presente artículo hace una revisión del tema mostrando un abordaje práctico sobre el tratamiento de los problemas de sexualidad en pacientes con cáncer. (MÉD.UIS. 2010;23(2):126-33).

Palabras clave: Cáncer. Sexualidad. Disfunciones psicosexuales.

SUMMARY

Sexual dysfunction in patients with cancer

All cancers and related treatments have the potential to affect sexuality and sexual function. This may result from impaired body function or altered body image, or from the emotional and psychological distress that often accompany diagnosis and treatment. Many cancer patients may be unprepared for changes in their sexuality and sex life during or after cancer treatment, making these side effects or sexual problems more difficult to address. Sexuality is an important part of everyone's life, however, health care professionals and patients rarely talk about the effects of cancer and its treatments on sexuality possibly owing to lack of knowledge and expertise. To provide this component of care, health care professionals need to have good communication skills, an open and non-judgmental approach, and knowledge of the potential ramifications of disease and treatment on sexuality. This paper makes a revision of the item showing a practical approach on the treatment of the problems of sexuality in patients with cancer.

(MÉD.UIS. 2010;23(2):126-33).

Key words: cancer. Sexuality. Sexual dysfunction.

INTRODUCCIÓN

El cáncer se ha convertido en un tema de actualidad. En efecto, el aumento de la prevalencia del cáncer se explica en parte por el hecho de que la longevidad aumenta y a la detección en un estadio más precoz que en años anteriores, gracias a los exámenes de despistaje. Estos factores explican el incremento en alrededor de un tercio de su prevalencia¹.

Según las autoridades en salud pública mundial, dos tercios de los casos de cáncer serían causados por el modo de vida, esencialmente el tabaquismo, infecciones y una mala alimentación. En los países en vía de desarrollo, la incidencia del cáncer aumenta rápidamente, siguiendo la industrialización y la adopción de un modo de vida occidental^{1,2}. Los factores hereditarios serían responsables del 5% al 15% de los cánceres^{3,4}. Ciertos expertos tienen un discurso

*MD. Estudiante de maestría en epidemiología subcampo de investigación cáncer y cuidados paliativos. Universidad Laval. Quebec. Canadá. Correspondencia: 3410, carré Roland-Couillard App. 01 Código postal: G1W2L6. Quebec. Canada. e-mail: caerpino@gmail.com
Artículo recibido el 30 de mayo de 2010 y aceptado para publicación el 28 de julio de 2010

diferente y consideran la contaminación como una de las grandes causas del cáncer. Según las estadísticas de la Sociedad Americana del Cáncer, para todos los cánceres diagnosticados entre 1995 y 2000, la supervivencia a cinco años es del 64%; este porcentaje no alcanzaba el 50% para los diagnosticados entre 1974 y 1976⁴.

Uno de los aspectos importantes de la calidad de vida de los pacientes es la sexualidad. Este tema es amplio y engloba varios aspectos. El presente artículo busca enfocarse en la manera como su expresión puede ser modificada por la enfermedad o por los tratamientos. También trata sobre los problemas sexuales que sobrevienen en el curso de la enfermedad hasta los encontrados en los pacientes en fin de vida.

¿QUÉ ES LA SEXUALIDAD?

Según el documento de trabajo de la OMS en 2002⁵, la sexualidad es definida como “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca 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, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”.

Aunque la sexualidad es a menudo expresada por relaciones sexuales, sus manifestaciones pueden tomar diferentes formas: miradas dulces, caricias, besos o un apretón de manos. La OMS insiste sobre el hecho que ella debe constituir una experiencia enriquecedora. La sexualidad engloba igualmente la función sexual que se define más bien como la capacidad de iniciar una relación sexual.

El diagnóstico de enfermedad grave y su tratamiento tienen entonces un impacto significativo sobre la sexualidad, tanto del punto de vista físico como emocional.

RESPUESTA SEXUAL

En la mayoría de personas en buena salud, la relación sexual es el modo privilegiado de expresión de la sexualidad. Ella constituye entonces un aspecto importante del modo de vida de los pacientes con diagnóstico reciente y por ende, es esencial comprender su funcionamiento.

Para enfocar los problemas sexuales en pacientes con cáncer se recurre comúnmente al ciclo de la respuesta sexual humana que consta de seis fases, dos

subjetivas y cuatro objetivas^{6,7}. Cada fase corresponde a la siguiente definición:

- 1) El deseo sexual o líbido es el nombre que recibe el interés por el sexo. Puede ser iniciado por diversos estímulos: una mirada, un pensamiento, un olor o un contacto físico. Puede alterarse por circunstancias como el ciclo menstrual, el embarazo, la lactancia, la menopausia, aspectos psicológicos, etc.
- 2) La excitación es el despertar de los sentimientos sexuales. Es caracterizada por la respuesta física al deseo. En el hombre, se manifiesta por la erección y en la mujer, por la lubricación. Ésta puede conducir o no al orgasmo.
- 3) La meseta es la fase en la que el cuerpo mantiene un elevado estado de excitación. El cuerpo es muy sensible en esta fase.
- 4) En el orgasmo o clímax sexual, los sentimientos de intensa sensación que ocurren en las áreas del cuerpo dan origen a contracciones rítmicas. La tensión sexual es liberada con secreción de endorfinas y sensación de bienestar. Las mujeres pueden sentir contracciones en el útero y los hombres eyaculan.
- 5) La resolución es la fase que sigue a la excitación y el orgasmo. Los cambios corporales vuelven a la normalidad. Los hombres no pueden normalmente excitarse otra vez durante un período refractario. Algunas mujeres pueden ser capaces de excitarse y tener un orgasmo nuevamente. Con la edad este período refractario aumenta.
- 6) La satisfacción sexual de naturaleza estrictamente psicológica o subjetiva, evaluada en términos del grado de complacencia, positiva o negativa, experimentado por el sujeto después de la actividad sexual.

Se puede considerar la respuesta sexual como un circuito eléctrico. Un cortocircuito a nivel físico como el dolor o a nivel emocional como la ansiedad y el miedo, o aún a nivel de los pensamientos y preocupaciones, puede constituir un inhibidor potente de la respuesta sexual⁷. Los tratamientos oncológicos pueden 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-gonadal⁸.

CÁNCER Y SEXUALIDAD

Las disfunciones sexuales en oncología son un fenómeno frecuente. Se estima que 90% de los pacientes van a manifestar en un momento u otro de su

enfermedad, dificultades sexuales⁸. Además, cerca del 50% de los pacientes con una neoplasia ginecológica tendrán dificultades severas y prolongadas^{8,9}.

Los problemas encontrados son variados. Los más comunes son la pérdida de deseo sexual, la disfunción eréctil y la dispareunia¹⁰. El origen de estas dificultades puede ser físico o psicológico. La sensación de no poder ser sexualmente atractivo puede igualmente disminuir el interés por la sexualidad¹¹.

Además, algunos tipos de cáncer alteran directamente la sexualidad afectando los órganos genitales. El cáncer de seno, del útero, del cuello uterino y de la próstata son ejemplos frecuentes¹². En contraparte, no es posible olvidar que ciertos cánceres entrañan también dificultades sexuales ya que ellos tienen un impacto sobre la imagen corporal¹¹; por ejemplo, los cánceres de la cabeza, del cuello o los cánceres intestinales. Por último, la enfermedad y las modificaciones de la sexualidad provocan a veces un cambio en la intimidad de la pareja, que pierde entonces un lugar de comunicación y de encuentro¹⁰.

TERAPIAS PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER

El tratamiento del cáncer implica varias modalidades; ya sea la cirugía, radioterapia o quimioterapia, cada una con un perfil de efectos secundarios diferentes¹³. Estos efectos pueden adicionarse a los de las otras modalidades. Se aclaran entonces los más frecuentes relacionados a las diferentes terapias.

CIRUGÍA

La extirpación de los ovarios o la glándula suprarrenal en mujeres premenopáusicas, conlleva a una reducción marcada en el interés sexual, lubricación vaginal, la sensación y la frecuencia del orgasmo¹⁴. Igualmente una histerectomía puede llevar a problemas derivados de efectos locales de la cirugía como el acortamiento de la vagina, tejido cicatrizal en la pelvis o en la cúpula vaginal con dispareunia asociada¹⁵. Otras cirugías como la vulvectomía o la mastectomía, ya sean totales o parciales, modifican directamente órganos que tienen una función sexual¹². Se menciona también que la disección ganglionar, frecuentemente asociada a una cirugía oncológica, puede causar un linfedema de los miembros inferiores, que puede a veces restringir los movimientos si este es severo o si perturba la imagen corporal¹¹.

En los hombres, la causa neurológica más común de disfunción eréctil en el tratamiento del cáncer es el daño al plexo prostático durante la cirugía pélvica radical, como consecuencia de la prostactectomía o la cistoprostatectomía total o parcial¹⁶. Además, es frecuente la asociación de estos procedimientos a una

disminución de la cantidad de espermatozoides y eyaculación retrógrada¹⁷. A veces, los pacientes pueden padecer una incontinencia urinaria que puede ser incómoda en la intimidad¹⁸. En otras condiciones, donde es necesario proceder a una orquidectomía bilateral, es de esperarse una disminución del deseo sexual puesto que este depende de la testosterona, siendo el testículo el principal productor de esta hormona¹⁴.

Algunas cirugías para los cánceres colorectales pueden causar dificultades sexuales en los dos sexos, particularmente si se debe proceder a una resección abdomino-peritoneal¹⁹. En el hombre, los daños causados a los nervios pélvicos pueden resultar en una disfunción eréctil temporal o permanente¹⁶. En la mujer, una modificación de la angulación de la vagina puede ser incómoda en el momento de las relaciones sexuales¹⁴. Además, este tipo de cirugía necesita la colocación de una ostomía. Esto modifica de forma importante el modo de vida y la sexualidad de los pacientes no sólo por su estética, sino además, porque puede ser fuente de olores, ruidos e incluso de heces fecales¹¹.

Por último, las cirugías para las neoplasias de la cabeza y del cuello necesitan a veces la reconstrucción de algunas porciones de la cara o algunas estructuras bucales. La imagen corporal puede sufrir una gran modificación y los pacientes temen a veces ser rechazados por su compañero(a)²⁰. Los pacientes tratados con una laringectomía o una traqueotomía o aún una reconstrucción de una parte de la lengua, tienen un obstáculo adicional al tornarse la comunicación entre las parejas más difícil⁹.

RADIOTERAPIA

En el caso de la radioterapia, el efecto varía en gran proporción según el sitio tratado. Por ejemplo, a nivel vaginal, puede causar estenosis vaginales, fibrosis, en ocasiones también úlceras y fistulas^{21,22}.

En el hombre, la radioterapia prostática puede causar disfunción eréctil a largo plazo, una disminución de la eyaculación y dolor en el momento de la eyaculación que es generalmente temporario²³. La insuficiencia vascular se considera una causa común de disfunción eréctil en pacientes de edad avanzada. Ésta puede estar provocada por el tumor en sí, así como por la terapéutica oncoespecífica, en especial la radioterapia sobre la pelvis²¹.

A nivel de ciertos sitios, la piel puede estar eritematosa y dolorosa durante el período de tratamiento. De igual manera, la radioterapia abdominal y pélvica entrena diarreas y urgencias miccionales^{21,22}. Como es de suponerse, estos efectos secundarios favorecen poco la intimidad sexual.

Los efectos secundarios agudos y tardíos de la radioterapia deben ser discutidos con el radio oncólogo puesto que son muy variables según el sitio anatómico tratado²². Estos efectos pueden contribuir a modificar la imagen corporal y a veces, afectar directamente los órganos implicados en la sexualidad²⁰.

QUIMIOTERAPIA

En algunos tipos de quimioterapia, el efecto más visible es sin duda la alopecia²². Algunas sustancias utilizadas pueden favorecer una menopausia temporaria o permanente, según el caso²³. En la mujer como en el hombre, algunas quimioterapias causan infertilidad^{20,23}. Este problema no es trivial si consideramos el número creciente de pacientes que son curados de cáncer y que desean luego lograr un embarazo¹⁴. En el hombre, la criopreservación de esperma es una buena alternativa²⁰. Sin embargo, en la mujer, la preservación de tejido ovárico es más difícil y requiere la consulta con el especialista²³.

También es importante tener en cuenta la fatiga y la falta de energía experimentados por el paciente, el dolor físico, ganancia o pérdida de peso y las náuseas que son todos factores asociados a los tratamientos oncológicos que contribuyen a los problemas sexuales de los pacientes²⁴.

También es importante tener en cuenta la fatiga y la falta de energía experimentadas por el paciente. El dolor físico, la ganancia o pérdida de peso y las náuseas son todos factores asociados a los tratamientos oncológicos, que contribuyen a los problemas sexuales de los pacientes²⁵.

Finalmente, existen ciertos medicamentos que influyen el deseo y la función sexual. Es entonces esencial revisar la medicación de los pacientes cuando se evalúan los problemas de orden sexual¹³. La medicación analgésica con opioides por ejemplo, puede reducir el deseo sexual por varias vías^{1,13}.

Es indispensable tener en cuenta que todas las modalidades de tratamiento tienen repercusiones sobre la percepción que los pacientes tienen de ellos mismos o sobre los órganos sexuales¹⁹. Una buena proporción de los pacientes necesitan más de una modalidad de tratamiento. Es entonces poco sorprendente que la mayoría de los pacientes padezcan disfuncionamientos sexuales en un momento u otro de su enfermedad¹⁷.

PERCEPCIÓN DE LA SEXUALIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER

La sexualidad tiene un significado particular para cada individuo. Es importante conocer el lugar que ocupa la sexualidad en la vida de los pacientes²⁶.

Por ejemplo, para quienes la enfermedad está más avanzada, la incapacidad de experimentar un deseo sexual o de tener una relación sexual o aún de expresar su sexualidad puede significar un nuevo duelo²⁷. También la incapacidad de iniciar una relación sexual con su pareja puede representar, para el paciente, una aceptación de cambios físicos producidos por el cáncer^{11,19}. En referencia a esto, el dolor, aun en un sitio extra genital puede interferir y constituir un distractor de los sentimientos placenteros durante la actividad sexual²⁰. 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, aún cuando las causas del dolor hayan sido mejoradas²⁸. El compañero(a) del paciente con cáncer no es ajeno a las dificultades sexuales experimentadas por su pareja y él mismo puede sentir una baja en el deseo sexual debido a la ansiedad, el temor de causar daño, al estrés o la tristeza vivida³⁰.

No es raro encontrar pacientes de mayor edad que tienen una sexualidad activa. Sin duda, la edad no es el principal determinante de la actividad sexual y el hecho de tener un compañero sexualmente activo es más importante. No obstante, los efectos secundarios del cáncer y de las terapias son exacerbados por la vejez³¹.

Contrario a lo que se puede pensar, la importancia de la sexualidad no disminuye en presencia de una enfermedad crónica o de una enfermedad terminal pero, evidentemente, la expresión de ésta es diferente³¹.

ACTITUD DEL EQUIPO MÉDICO

La mayoría de los hombres y mujeres con cáncer nunca son interrogados sobre sus problemas sexuales por parte del equipo médico³¹. Las enfermeras y los médicos evocan las mismas razones para explicar este aspecto. Ya sea que los problemas sexuales sean frecuentes en los pacientes con cáncer, los consejos dados por los profesionales de la salud no son siempre prodigados²⁶. A veces se considera que se trata de un aspecto menos importante en relación a los tratamientos y el pronóstico³². Siempre se evocan como razones de esta indisposición, la incomodidad para hablar del tema, la falta de conocimiento y de habilidades. Esto pone en evidencia un cierto déficit en la formación de los profesionales interventores. Por otro lado, se habla también de falta de tiempo y de intimidad o recursos para orientar a los pacientes, lo que ocasiona la necesidad de aportar algunos cambios al modo de práctica del equipo médico²⁶.

También, los interventores temen a veces de indisponer a los pacientes teniendo en cuenta su edad, sus creencias religiosas o su cultura. De hecho, es posible que algunos se sientan incómodos, sin embargo, los estudios demuestran que los enfermos

desean que este tema sea abordado por su médico o enfermero(a)³⁰. Es importante de igual forma señalar que ciertas incomprendiones debidas a la falta de información pueden también ser la causa de problemas sexuales²⁹.

Los beneficios de tal intervención concerniente a las disfunciones sexuales son bien conocidos. Sabemos por ejemplo, que los pacientes que participan en un programa de salud sexual notan una mejoría de sus síntomas. El beneficio es igualmente observado en aquellos habiendo recibido la información sobre los efectos secundarios potenciales y habiendo tenido la oportunidad de discutir de estos problemas con su médico³³.

Las principales preguntas de los pacientes conciernen sobre el efecto del cáncer y de los tratamientos sobre su vida sexual, “¿el efecto será permanente o temporario?, ¿qué podemos esperar?, ¿las relaciones sexuales son permitidas durante el tratamiento?, ¿a quién debo dirigirme si llega a haber un problema de orden sexual?” y a las cuales el profesional de la salud puede responder³⁰. Estas informaciones permiten una mejor comprensión de la sexualidad y mejor preparación a los obstáculos que podrían sobrevenir. Se nota una disminución de la ansiedad ligada a los problemas sexuales, dando así la posibilidad a los pacientes de preguntar e invitando a la comunicación entre las parejas^{29,34}.

Los indicadores para derivación a terapia sexual incluyen problema sexual previo al cáncer, conflictos matrimoniales severos, disfunción que no ha respondido al asesoramiento sexual breve o un problema sexual que es sólo una faceta de una mala adaptación psicológica³⁴. Es preciso proporcionarle al paciente información de su anatomía, ciclo de respuesta sexual e impacto del tratamiento sobre la función sexual^{30,35}.

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON CÁNCER

Discutir de los problemas de salud sexual necesita de buenas habilidades de comunicación²⁶. Es a veces más fácil de abordar algunos pacientes con una pregunta más general que no lleve a contrariarlos. Por ejemplo, “algunas mujeres que han recibido el mismo tratamiento que usted, manifiestan tener sequedad vaginal que hace difícil las relaciones sexuales, ¿ha tenido el mismo problema?”. Este tipo de preguntas es menos agresivo para los pacientes, en lugar de “¿ha tenido sequedad vaginal? o ¿tiene usted problemas sexuales?”³⁵.

Otra forma de abordar la pregunta es la de integrar un cuestionario sexual al cuestionario usual³¹. En general es más fácil abordar el cuestionario sexual después del

cuestionario urológico en el hombre o ginecológico en la mujer. Éste debe ser hecho con una terminología que el paciente comprenda. Puede ser difícil medir los impactos del cáncer y de los tratamientos si no conocemos lo que el paciente concibe como normal³⁰. Es por esto que el cuestionario comprende las expectativas del paciente, su funcionamiento sexual, su actitud de cara a la sexualidad y su relación con su pareja. Permite identificar los factores contribuyentes al problema actual. Debe incluir además los aspectos físicos y psicológicos de las dificultades encontradas. La medicación del paciente debe ser revisada sabiendo que ciertas sustancias farmacológicas pueden tener un impacto negativo sobre la salud sexual¹.

Por último, un examen físico completo y exámenes complementarios como análisis sanguíneo completo, determinación de niveles séricos hormonales y técnicas de imagen, permiten juzgar si investigaciones neurológicas, vasculares y psicológicas adicionales son necesarias para elaborar un diagnóstico diferencial. De hecho, las enfermedades crónicas sistémicas como las patologías de orden cardíaco, renal o incluso una depresión subyacente, pueden contribuir a los problemas sexuales de algunos pacientes^{30,35}.

MODELOS DE INTERVENCIÓN

Hay cuatro vías principales en las que el cáncer o sus tratamientos pueden afectar la sexualidad: problemas físicos para dar y recibir placer sexual, alteración de la imagen corporal, aparición de sentimientos como miedo, tristeza o angustia, y modificación de roles y relaciones. Las relaciones entre estas cuatro áreas son importantes. Si hay un problema en alguna de ellas, puede haber un impacto en las otras³⁶. Una buena proporción de estos problemas sexuales se soluciona con la información, la escucha y sugerencias simples³⁵.

Inicialmente, los pacientes que manifiestan fatiga privilegiarán ciertos momentos después de un período de reposo para expresar su sexualidad, mantener la relación por la mañana y/o un contacto sexual más rápido puede ser favorable, o intentar tener relaciones de un modo diferente con posiciones menos agotadoras donde el peso sea bien soportado²⁵. Para aquellos que sienten una disminución del deseo, es importante que discutan de esto con su compañero(a). Se puede sugerir a los pacientes el favorecer cortos momentos de intimidad y cambiar el contexto de la sexualidad particularmente si la casa trae recuerdos en relación con el cáncer²⁸.

Las mujeres que han tenido un tratamiento con radioterapia pelviana o endovaginal están en riesgo de desarrollar una estenosis vaginal. Para prevenir este problema, el radio oncólogo recomienda a los pacientes utilizar un dilatador vaginal. Según la revista Cochrane²³, este es el único método profiláctico

eficaz de acuerdo a los estudios aleatorizados. El cumplimiento de este tratamiento no es muy bueno y es necesario motivar a los pacientes a utilizar el dilatador hasta el reinicio de las relaciones. Su uso tiene igualmente como ventaja disminuir la ansiedad en algunas mujeres de cara al reinicio de la actividad sexual. La utilización de diferentes lubricantes vaginales ayuda a tratar la poca lubricación femenina y la dispareunia asociada a la atrofia vaginal³⁷. En los pacientes que manifiestan dolor en el momento de las relaciones sexuales, se les puede sugerir diferentes posiciones que permitan controlar la profundidad de la penetración y así disminuir la incomodidad³⁶.

La hormonoterapia de reemplazo con progestágenos o estrógenos sistémicos o tópicos puede ser eficaz para disminuir los efectos de la menopausia y de la sequedad vaginal. Bien entendido, estas medidas deben ser discutidas con el oncólogo ya que pueden haber contraindicaciones, particularmente para los cánceres hormono-dependientes³⁷.

En lo que concierne al tratamiento del bajo deseo sexual en las mujeres, la utilización de andrógenos por vía oral y de timbres de testosterona ha sido intentada, pero los resultados son poco probados. Es necesario considerar el riesgo aumentado de cáncer de seno según algunos estudios, así como los efectos secundarios importantes. Su uso no es entonces recomendado^{33,38}.

En los hombres, la disfunción eréctil es un problema frecuente. Ésta puede ser tratada con inhibidores de la fosfodiesterasa, como el viagra, cialis y levitra³⁹. Existen ciertas contraindicaciones a su utilización para los pacientes con enfermedades cardíacas y que toman derivados nitrados⁴⁰. En caso de duda, aquellos pueden ser dirigidos hacia una especialidad²⁹. En general, estas medicaciones son eficaces en un 70% de los casos con disfunción eréctil de origen orgánico. Su eficacia es peor documentada en los pacientes de oncología³⁹. En los casos donde estas medicaciones son ineficaces, la consulta en una clínica de salud sexual o al servicio de urología podría ser necesaria según el deseo de los pacientes a fin de explorar otras alternativas como las inyecciones intrapeneanas o los dispositivos artificiales¹².

En otro orden de ideas, se sabe que el cáncer y sus tratamientos pueden llevar a modificaciones de la imagen corporal. Es posible que los pacientes quieran minimizar este impacto en los momentos de intimidad. Se les puede aconsejar el utilizar lencería o ropa interior que pueda conservarse durante las relaciones sexuales¹¹. Estos artículos se encuentran con facilidad en almacenes especializados. Diferentes posiciones permiten igualmente camuflar una parte del cuerpo. Puede ser recomendable disminuir la intensidad de luz de la habitación durante la actividad sexual hasta que lleguen a estar más cómodos con

los cambios corporales que se han producido. Una música de fondo puede atenuar los ruidos producidos por una traqueotomía. Los pacientes portadores de una ostomía intestinal considerarían la aplicación de perfumes si temen a los olores³¹. En lo que concierne a los pacientes ostomizados, es posible utilizar un capuchón ostómico o similares en tejido para ocultar la bolsa de ostomía³⁷.

En fin, es posible también abordar con los pacientes las alternativas en la expresión de la sexualidad que serán aceptables para los dos compañeros. A fin de establecer una zona de comodidad sexual y evitar la ansiedad del funcionamiento que puede sobrevenir después de una enfermedad y de las dificultades sexuales, puede ser necesario de sugerir ciertos ejercicios a la pareja. La técnica Sensate-Focus Exercise⁹ o de focalización sensitiva ha sido desarrollada por Master y Johnson, sexólogos reconocidos. El objetivo de estos ejercicios es de poner énfasis sobre la intimidad y el placer sin tener relaciones sexuales. En efecto, estos son practicados algunas veces por semana y se insta a la exploración del cuerpo del otro con diferentes formas de toques y contactos. Pueden utilizarse las manos, la boca, objetos o cremas, pero sin acariciar los órganos genitales. Aquello permite entonces a las parejas expresar su sexualidad de una manera nueva y favorece la comunicación. Se trata también de una forma de estimular el deseo del otro. A medida que las etapas progresan, más es permitido dirigir el contacto, de tocar los órganos sexuales y en fin, de tener una relación sexual.

Ésto puede parecer un poco difícil de aplicarse en la vida cotidiana, pero se trata principalmente de una pista de reflexión para los pacientes. Los más motivados de entre ellos podrán ser dirigidos hacia un sexólogo. Finalmente, estas sugerencias simples se adaptan a cada situación. Los pacientes son también una buena fuente y pueden encontrar ellos mismos soluciones.

SEXUALIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS

Existen pocos estudios específicos que conciernen a la sexualidad en cuidados paliativos. Los pacientes en fin de vida tienen una relativa mejor calidad de vida, expresan más dificultades emocionales y de disfunción sexual que los pacientes afectados por cáncer menos avanzados²⁹.

Por otro lado, existen variables que pueden inducir una asociación entre el cáncer avanzado y las dificultades sexuales. Entre estas, se encuentran los cambios emotivos, la aparición de síntomas físicos más importantes y una modificación de las prioridades⁴¹. En tanto que para equipo médico tratante, es necesario permanecer vigilantes a las dificultades encontradas en estos pacientes. Los profesionales de la salud tienen tendencia a creer que los pacientes han abandonado

su sexualidad en este estado de su enfermedad, pero al contrario, quienes que han compartido varios años con un compañero no desean abandonar esta intimidad¹⁵.

Bien sea que la expresión de la sexualidad se modifica mucho en el cáncer avanzado; esta se expresa más por contactos físicos, caricias, besos y miradas. Sobre este tema, Lemieux et al⁴², ha interrogado diez pacientes en fin de vida sobre los obstáculos que ellos vivían para expresar su sexualidad durante una hospitalización; la falta de intimidad, los cuartos compartidos, camas inapropiadas y la intrusión de enfermeras y demás profesionales médicos han sido identificados por el paciente como algunas de las dificultades comunes. En este mismo estudio, los pacientes han revelado que a pesar del hecho de que la enfermedad esté avanzada, ellos valoran que el equipo médico tratante se ocupe de este aspecto de sus vidas y que sean motivados a la expresión de estos sentimientos.

Otros estudios muestran que en general, los cónyuges están atentos a las indicaciones de las maneras de expresar su intimidad a través de los cuidados cotidianos a su pareja como el peinar sus cabellos, ayudar en el aseo personal, brindar cuidados de confort, entre otros. Esto permite a la pareja encontrar una cierta intimidad en el contexto de cuidados de fin de vida²⁵. En fin, la sexualidad hace parte de un tratamiento global en cuidados paliativos y este tema no debe ser evitado.

CONCLUSIONES

La influencia del cáncer sobre la sexualidad representa un tema delicado y poco explorado, de donde el componente tabú se asocia al temor repulsivo de padecer la enfermedad. La falta de comunicación constituye uno de los principales problemas cuando se trata de reconocer y de tratar los problemas sexuales.

En la práctica médica, es inevitable encontrar pacientes padeciendo de diferentes problemas relacionados a la sexualidad, llegando a ser relevante el tomar conciencia de la importancia de este aspecto en la calidad de vida de cada paciente y de estar en medida de evaluar el impacto de la enfermedad y de los tratamientos. Varias soluciones y recursos están a disposición de los pacientes y sus compañeros, por lo que es esencial poder responder a las preguntas de los pacientes e igualmente de ir más allá de éstas suministrando una intervención adecuada.

De otro lado, los cuidados paliativos constituyen un contexto particular para abordar la sexualidad. Es necesario tener en cuenta que el paso de la atención activa hacia los cuidados paliativos no tiene demarcación precisa en el tiempo ni en la vida de los

pacientes. La importancia acordada a la sexualidad no cambia necesariamente según la fase de la enfermedad, pero su forma de expresión sí se modifica. En fin, la sexualidad hace parte de un tratamiento global en cuidados activos y paliativos y este tema no debe ser evitado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology 2009;245-80
2. American Cancer Society. Consulta en la Web: http://www.cancer.org/docroot/stt/stt_0.asp?from=fast
3. American Cancer Society. Consulta en la Web: http://www.cancer.org/downloads/STT/Global_Facts_and_Figures_2007_rev2.pdf
4. World Health Organization. Consulta en la Web: <http://www.who.int/cancer/media/en/GlobalActionCancerEngfull.pdf> - <http://www.who.int/features/qa/15/en/index.html>
5. World Health Organization. Consulta en la Web: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/
6. Jerrold S. Greenberg, Clint E. Bruess, Sarah C. Conklin. Exploring the Dimensions of Human Sexuality 2010;151-72.
7. Carroles JA, Sanz A. Clasificación de los problemas sexuales. Terapia Sexual. Ed. Fundación Universidad-Empresa. Madrid 1998;25-55.
8. Amsterdam A. Sexual dysfunction in patients with gynecologic neoplasms: A retrospective pilot study. Journal of sexual medicine 2006;(3):646-8.
9. Jarousse N, Khayat D. La volonté d'aimer, cancer et sexualité: des réponses claires et précises. Paris: Ellébore, 2001.
10. Schover LR, Schain WS, Montague DK. Psychologic aspects of patients with cancer: Sexual problems in patients with cancer. Clinical oncology: A multidisciplinary approach, 2 ed. New York: American Cancer Society 1989;2220-5.
11. Sundquist K, Yee L. Sexuality and body image after cancer. Aust Fam Physician 2003;32(1-2):19-23
12. Larsen PD, Lubkin IM. Chronic illness: impact and intervention 2009;241-4
13. Jardin A, Queneau P, Giuliano F. Progrès thérapeutiques: la médicalisation de la sexualité en question 2002;103-11
14. Rubin P, Constine LS, Marks LB. CURED I - LENT Late Effects of Cancer Treatment on Normal Tissues 2007;109-27
15. Patricia A, Ganz, Sandra J. Horning. Cancer survivorship: today and tomorrow 2007;114-21.
16. Potosky AL, Davis WW, Hoffman RM et al. Five year outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: the prostate cancer outcomes study. J. National Cancer Institute 96 2004;18:1358-67.
17. Steineck G, Helgesen F, Adolfsson J, et al. Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. The New England Journal of Medicine 2002;347:790-6
18. Casciato D, Mary C. Territo. Manual of clinical oncology 2008;557-66

19. Saltz LB. Colorectal cancer: multimodality management 2002;707-12.
20. Razavi D, Delvaux N. Précis de psycho-oncologie 2008;103-16
21. Huddart RA, Norman A, et al. Fertility, gonadal and sexual function in survivors of testicular cancer. *Br J Cancer* 2005;(93):200-7.
22. Haylock PJ. Men's cancers: how to prevent them, how to treat them, how to beat them 2000;260-77.
23. Denton AS. "Interventions for the physical aspects of sexual dysfunction in women following pelvic radiotherapy", *The Cochrane Library* 2003;3:1-26.
24. Duffy CM, Allen SM, Clark MA. Discussions regarding reproductive health for young women with breast cancer undergoing chemotherapy. *J Clin Oncol* 2005;23:766-73.
25. Delbrück H. Rehabilitation and palliation of cancer patients: patient care 2007.
26. Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, Selby P. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *Br J Cancer*. 2003;88(5):666-71.
27. Rice AM. "Sexuality in cancer and palliative care 2: exploring the issues" *International Journal of Palliative Nursing* 2000;6(9):523-7.
28. Holland JC, Breitbart W, Jacobsen P. *Psycho-Oncology* 2008;311-23.
29. Rosenbaum E, Rosenbaum I. *Everyone's guide to cancer supportive care* 2005;386-98.
30. Claudette G. Varricchio. *A cancer source book for nurses*. American Cancer Society 2004;467-77.
31. M: C'est grave, docteur? Ce que disent les patients, ce qu'entendent les médecins. Ed de La Martinière 2002.
32. Doyle D, Hanks G, Nathan I, Cherny, Sir Kenneth Calman *Oxford textbook of palliative medicine* 2005;423-34.
33. Shover L. "Sexuality and fertility after cancer", *Hematology* 2005;523-27.
34. Annon JS. Behavioral treatment of sexual problems. Ed. Harper and Row, New York 1976;45-47.
35. Penson RT. "Sexuality and Cancer: conversation confort zone". *The Oncologist* 2000;5:36-344.
36. Trudel G. Les dysfonctions sexuelles: évaluation et traitement par des methods psychologique, interpersonnelle, et biologique 2008;511-69.
37. Daly-Schweitzer N; Suivi et accompagnement des patients traités pour cancer 2008;211-44.
38. *The New England Journal of Medicine*, Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. Consulta en la Web: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/359/19/2005>.
39. Mulhall J, Land S, Parker M, Waters WB, Flanigan RC. The use of an erectogenic pharmacotherapy regimen following radical prostatectomy improves recovery of spontaneous erectile function. *J Sex Med* 2005;2(4):532-40.
40. Walter Krause. *Drugs Compromising Male Sexual Health* 2008;37-51
41. Ananth H. "The impact of cancer on sexual function: a controlled study". *Palliative Medicine* 2003;17:202-20.
42. Lemieux L. "Sexuality in palliative care: patient perspectives". *Palliative Medicine* 2004;18:630-7.