CÁNCER DE CUELLO UTERINO

SEXUALIDAD Y PROBLEMAS EMOCIONALES

ARGELIA MELET

La sexualidad humana se define, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, como “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida (que) abarca el 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”⁽¹⁾.

La sexualidad se compone de cuatro características, que interactúan entre sí y con otros sistemas en particular en los niveles biológico, psicológico y sexual. Esas cuatro características son:

El erotismo

La vinculación afectiva

La reproductividad

El sexo genético (genotipo) y físico (fenotipo).

Para los efectos de este trabajo es conveniente definir los dos primeros:

El erotismo: es la capacidad de sentir placer a través de la respuesta sexual. Es decir, el deseo, la excitación sexual y el orgasmo.

La vinculación afectiva: es la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas.

El cáncer de cuello uterino afecta intensamente todos los componentes de la respuesta erótica femenina a través de dos factores:

1. Aquellos vinculados a la enfermedad misma: inapetencia, pérdida de peso, sangrado vaginal profuso, flujos fétidos entre otros, que implican para la mujer una condición de minusvalía ante su pareja sexual.
2. Los directamente relacionados con los tratamientos: cirugía, quimio y radioterapia, particularmente esta última.

La cirugía pélvica puede causar efectos psicológicos y fisiológicos, tales como sequedad vaginal, menopausia temprana y sentimientos de pérdida de la feminidad, pues es precisamente el ámbito del atractivo erótico y la fuerza seductora de la mujer la que es brutalmente desafiada.

Algunos estudios han reportado que hasta 25 % de mujeres con estadios tempranos de la enfermedad sufren de disminución de la lubricación y acortamiento del canal vaginal, hasta 5 años después de la histerectomía radical⁽¹⁾. Los investigadores observaron también que la

Recibido: 25/07/2010 Revisado: 11/08/2010

Aceptado para publicación: 07/09/2010

Correspondencia. Dra. Argelia Melet. Instituto Médico Psicológico Campo alegre. Segunda transversal Quinta No 12, Campo Alegre. Chacao. Tel: 2652023.

E-mail: argeliamm@gmail.com

dispareunia era frecuente, y subrayaron que los cambios vaginales producían un considerable distrés en las mujeres.

En cuanto a los tratamientos de radioterapia, el impacto sobre la salud sexual femenina se explica fácilmente por dos efectos secundarios indeseables: la incontinencia urinaria y la disfunción intestinal ⁽²⁾.

Evidentemente, tales síntomas afectan también a la pareja, empeorando aun más la situación, pues la mujer experimenta una intensa ansiedad anticipatoria ante la perspectiva de la intimidad, y es previsible que experimente una pérdida del interés en el contacto sexual. Tal ansiedad se potencia por los temores de un posible “daño” como resultado del coito. Con mucha frecuencia este tipo de temores es compartido por el compañero, lo que contribuye poderosamente a las disfunciones del clima emocional entre ambos.

Otras perturbaciones en el área psicoemocional, relacionados con la quimio y la radioterapia son las sensaciones de severa fatiga que estas producen, y añaden un componente más a la alteración de la respuesta erótica. Asimismo, la paciente puede experimentar trastornos depresivos ⁽³⁾, subsecuentes no solo a los tratamientos, sino producto del intenso sufrimiento psíquico por la alteración de la imagen corporal y los sentimientos de minusvalía y baja autoestima resultantes. Según algunos estudios, las pacientes con cáncer cervical sufren de niveles mayores de distrés emocional que aquellas con cáncer de mama o endometrio ⁽⁴⁾.

Sin duda, las patologías psicoemocionales son numerosas: pérdida de la autoestima, sentimientos de pérdida del atractivo físico, preocupaciones sobre la actitud del compañero sexual, sin incluir aquellos aspectos vinculados a la amenaza a la vida, el temor a la indefensión de los hijos menores en caso de muerte o las omnipresentes angustias por los costos económicos de los tratamientos, así como por una temible incapacidad resultante de la enfermedad

o los tratamientos.

Vale la pena referir un aspecto poco mencionado y que se relaciona en cierta forma con las campañas que se realizan en torno a la prevención. En ellas se nombra el virus del papiloma humano (VPH) y su relación con el cáncer de cuello uterino, y se menciona como factor de riesgo la “promiscuidad” o la existencia de múltiples compañeros sexuales ⁽⁵⁾. Muchas mujeres pueden experimentar graves sentimientos de culpa y asumir que la enfermedad es una especie de “castigo divino”, por su “conducta pecaminosa”. Ello podría alimentar sentimientos de desesperanza o resignación, peligrosos enemigos de los tratamientos.

El componente de la vinculación afectiva, parte crucial de una sexualidad sana, se relaciona directamente con las relaciones con el compañero de vida. No cabe duda de que un sólido lazo afectivo (ternura, comunicación, intereses comunes, proyectos de futuro, hijos, etc.) facilita la superación de los traumas sexuales resultantes de la enfermedad. El apoyo de la pareja es un factor esencial.

Asimismo, es recomendable suministrar información sobre los posibles efectos secundarios de los tratamientos. Esto permite que las personas se encuentren mejor preparadas ante ellos y se disminuya la ansiedad, al despejar las incertidumbres.

Las intervenciones en el ámbito de la rehabilitación sexual en pacientes con cáncer del cérvix son parte fundamental en la consecución de una buena calidad de vida. La psicoterapia en las pacientes con cáncer de cuello uterino debe incluir a la pareja, haciendo énfasis en lo sexual, pero asimismo en aquellos aspectos de la relación amorosa que pertenecen a la compenetración amorosa y espiritual entre ambos.

La sexualidad es un aspecto esencial en los seres humanos, y como tal debe ser tratado por quienes trabajan en oncología. Muchas veces las mujeres reportan que son poco informadas sobre el tema, y se establece una especie de

“conspiración del silencio”, entre médicos y pacientes. Y el auxilio se encuentra en una oportuna intervención psicoterapéutica, en el

marco de la necesaria óptica interdisciplinaria que requieren los tiempos actuales.

REFERENCIAS

1. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. 28-31, Ginebra, Suiza. OMS. Disponible en: URL: <http://www.who.int/es/>.
2. Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW, Henningsohn L, Steineck G. Vaginal changes sexuality in women with a history of cervical cancer. *N Engl J Med*. 1999;340:1383-1389.
3. Burns M, Costello J, Ryan-Woolley B, Davidson S. Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: An exploratory study of women's sexuality. *European J Cancer Care*. 2007;16(4):364-372.
4. Miranda CR, de Resende CN, Melo CF, Costa AL Jr, Friedman H. Depression before and after uterine cervix and breast cancer neoadjuvant chemotherapy. *Int J Gynecol Cancer*. 2002;12(6):773-776.
5. De Groot JM, Mah K, Fyles S, Winton S, Greenwood S, de Petrillos AD, et al. The psychosocial impact of cervical cancer among affected women and their partners. *Int J Gynecol Cancer*. 2005;15(5):918-925.