

EVALUACION DE LA SEXUALIDAD EN PACIENTES ONCOLOGICOS

Xavier Pellicer Asensio
M. Jesús Creus Mayoral (1)

Sección de Oncología Médica.
Hospital General Vall d'Hebró. BARCELONA.

RESUMEN

El incremento en las tasa de supervivencia y longevidad que se han conseguido con el tratamiento del cáncer en los últimos años han conducido a un mayor interés por otros aspectos de la enfermedad oncológica como es la calidad de vida del paciente. Una de las áreas en la vida del enfermo que resulta frecuentemente afectada por la enfermedad y su tratamiento es la sexualidad. En el presente trabajo se realiza una revisión sobre las técnicas y características de la evaluación de la sexualidad en tales enfermos. Se han descrito en la literatura dos tipos de instrumentos principales, la entrevista clínica y las medidas de autoinforme. Se observa una carencia de instrumentos desarrollados específicamente o validados en tal tipo de pacientes, por lo que se requiere con frecuencia el empleo de grupos control adecuados para el estudio de poblaciones de enfermos con el fin de conseguir un rigor metodológico adecuado. El único cuestionario desarrollado y validado específicamente para pacientes oncológicos ha sido el SFAGIS, cuya finalidad es la evaluación de la función sexual en distintos tipos de cáncer ginecológico. Finalmente, se considera que la evaluación del grado de bienestar sexual del enfermo oncológico debe formar parte de la atención dispensada habitualmente en las unidades de oncología.

Palabras Clave: *Cáncer; sexualidad; evaluación.*

(1) Los autores agradecen a M^a Antonia Güell sus orientaciones en la redacción final del presente artículo.

SUMMARY

The increase in the survival and longevity rates obtained in cancer treatment over the past years has brought about a greater interest in other aspects of cancer, such as the quality of life of the patient. One of the areas in the patient's life that is frequently affected by the illness and its treatment is that of sexuality. In this current paper, a revision is carried out with regards to the techniques and characteristics of the sexuality evaluation of such patients. Two main instruments have been described in literature: the clinical interview and self-report measures. A lack of specifically developed or validated instruments is observed in such patients. For this reason, adequate control groups are frequently used for studying patient populations with the objective of obtaining adequate methodological rigor. The only questionnaire that has been developed and validated specifically for oncological patients has been the Sexual Function After Gynecologic Illness Scale -SFAGIS-, the purpose of which is the assessment of the sexual function in various types of gynecologic cancers. Finally, we consider that evaluation of the sexual well-being of the oncological patient should form part of the attention habitually given in oncology units.

Key Words: *Cancer; sexuality; assessment.*

1. INTRODUCCION

Los avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer han supuesto un incremento en las tasa de supervivencia, transformándose en una enfermedad o grupo de enfermedades caracterizada por la cronicidad y el aumento de los índices de curación.

Una vez la supervivencia se encuentra inicialmente asegurada, cobra especial importancia la consideración de la calidad de vida ya que el cáncer y su tratamiento producen una gran impacto en los pacientes y su entorno. Una de las áreas que resulta frecuentemente afectada es la sexualidad. En un estudio de Smith et al., (1983), el 60% de los hombres y el 40% de las mujeres informaron de una disminución en su satisfacción sexual desde que habían sido diagnosticados. Estas cifras pueden llegar a superar el 90% dependiendo de la localización de la enfermedad y del tratamiento recibido (Andersen, 1985). Sin embargo, si bien es ampliamente reconocido el impacto psicológico que la enfermedad neoplásica y su tratamiento producen, con frecuencia se han desatendido los problemas sexuales

asociados y las necesidades que el enfermo tiene al respecto. El interés por el estudio sistemático de la sexualidad en los enfermos con cáncer ha tomado especial impulso durante la década de los '80.

La problemática sexual específica de estos enfermos, junto a las dificultades que secundariamente puede generar (baja autoestima, alteraciones en la relación de pareja, etc.) dificulta el proceso de adaptación a la enfermedad, al tratamiento y a su vida cotidiana. Por este motivo se hace necesario que los profesionales de la salud aborden los problemas que estos enfermos puedan presentar en su funcionamiento sexual. Ello plantea la necesidad de disponer de instrumentos de evaluación fiables y validados para este tipo de población.

2. EVALUACION

En los estudios llevados a cabo para evaluar los cambios en la conducta sexual originados por el cáncer y su tratamiento se emplean dos tipos de medidas: las entrevistas y los cuestionarios.

2.1. Entrevista Clínica

Las entrevistas suelen ser semidirigidas y recogen información sobre cambios generales y específicos de tipo psicosexual aparecidos con la enfermedad. En los últimos años se ha desarrollado una entrevista estructurada, el inventario de Evaluación de la Conducta Sexual para Adultos (*Sexual Behavior Assessment Schedule Adult -SEBAS-A-*) para el estudio de los efectos potenciales a largo plazo de los estados de enfermedad (Greenberg, 1984).

La única entrevista estructurada específica para pacientes oncológicos ha sido desarrollada por Andersen (1986) para un estudio prospectivo sobre el funcionamiento sexual en mujeres con cáncer. En ella se proponen tres áreas de evaluación.

1. *Conducta sexual* durante el último mes. En esta sección se toman en consideración cuatro variables: a) tipo de actividad sexual, evaluada a través de una escala de 24 conductas heterosexuales, la Escala de Actividades Sexuales Actuales (*The Current Sexual Activities Scale*) que pertenece al inventario de Funcionamiento Sexual de Derogatis (*Derogatis Sexual Functioning Inventory -DSFI-*); b) Frecuencia del coito; c) frecuencia de besos y d) frecuencia de fantasías sexuales.

2. *Ciclo de respuesta sexual*: Se evalúan seis subáreas en cada una de las fases de la respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo y resolución):

- Presencia/ausencia de sintomatología.
- Determinación de las actividades que producen dificultades.
- Discrepancia entre la frecuencia de actividad sexual actual y la deseada.

d) Opinión de la mujer sobre la probabilidad de que haya dificultades en cada una de las fases.

e) Opinión del evaluador sobre la probabilidad de que haya dificultades en cada una de las fases.

f) Opinión de la mujer sobre el distrés que tal dificultad le ocasiona.

3. *Diagnóstico de disfunción sexual*: Para Andersen (1986) el establecimiento de un diagnóstico de disfunción sexual requiere el cumplimiento de dos tipos de criterios: a) los criterios diagnósticos DSM-III elaborados por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1980) y b) la presencia de distrés producido por la disfunción sexual.

Además de las tres áreas de evaluación descritas, es necesario que se evalúen otros aspectos que juegan un papel importante en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de estos pacientes. Se trata de áreas comúnmente consideradas en la evaluación de disfunciones sexuales en la población general (Carrolles, 1987; Kaplan, 1983).

4. *Historia médica* detallada en la que quede claramente especificado el diagnóstico realizado por el oncólogo, la localización de la enfermedad, el estado, tratamientos realizados, impacto del diagnóstico y del tratamiento en el funcionamiento general del paciente y de forma más específica en aquellas funciones y parámetros implicados en la respuesta sexual, y estado físico actual (por ej., presencia de dolor, fatiga).

5. *Historia psicosexual* previa a la enfermedad, donde se recogen los datos habituales en estos casos: educación e información sexual, primeras experiencias, funcionamiento sexual, preferencias, presencia de dificultades sexuales, etc. La fase de diagnóstico de la enfermedad puede ser el momento adecuado para obtener alguna información de línea base sobre el status sexual actual del paciente, con el fin de ofrecerle un apoyo adecuado y una información útil acerca del impacto que el tratamiento puede ejercer en su función sexual (Auchincloss, 1989).

6. *Relación de pareja*: En este apartado es de gran importancia recabar información sobre el impacto que la enfermedad y su tratamiento han ejercido en la relación de pareja: modificaciones en la cantidad y/o calidad de la comunicación, papel del otro miembro como fuente de apoyo social, demostraciones de afecto, búsqueda de una mayor proximidad física (Blumberg y cols., 1980), etc.

7. *Estado psicopatológico*: Se evalúan los antecedentes psicopatológicos personales y el estado actual, haciendo especial hincapié en la presencia de síntomas de distrés, ansiedad o depresión, puesto que la presencia de trastornos afectivos ha sido comúnmente descrita en estos pacientes (ver por ejemplo: Derogatis y cols., 1983; Kathol y cols., 1990; Salvador, 1987).

8. Fármacos que pueden afectar la respuesta sexual: antihipertensivos de acción central, psicofármacos, agentes antineoplásicos, etc.

9. Por último debe considerarse que según la localización de la enfermedad y el tipo de tratamiento recibido, el paciente debe afrontar una problemática

específica que tiene que ser evaluada en cada caso: autoimagen (mastectomía, histerectomía, alopecia, etc.), pérdida de una función (colostomía), etc.

2.2. Medidas de autoinforme

En el estudio de la conducta sexual en enfermos oncológicos, el cuestionario más empleado ha sido el Inventario de Funcionamiento Sexual de Derogatis (*Derogatis Sexual Functioning Inventory -DSFI-*) (Derogatis y Melisaratos, 1979). Este inventario de 245 ítems está integrado por varios subtests que incluyen medidas acerca de : experiencia sexual, impulso, fantasía, satisfacción, imagen corporal, información sexual, etc. Sin embargo, no ha sido validado en población oncológica.

Posiblemente, el único cuestionario elaborado de forma específica para la evaluación de la sexualidad en pacientes oncológicos ha sido la Escala de la Función Sexual Posterior a Enfermedad Ginecológica (*Sexual Function After Gynecologic Illness Scale -SFAGIS-*) desarrollado por Bransfield et al. (1984). Su finalidad es evaluar la función sexual después del tratamiento por cáncer cervical, uterino u ovárico. Consta de 30 ítems (que posteriormente han sido reducidos a 18) que hacen referencia a factores tales como el deseo sexual, los temores de la mujer y su pareja acerca de la actividad sexual, la frecuencia orgásmica y del coito, lubricación vaginal, deseos de recibir mayor información sexual, o cambios en la actividad sexual surgidos después del tratamiento. Sus mismos autores señalan que el cuestionario presenta algunas limitaciones como es la omisión de preguntas referidas a la experiencia sexual previa o a la masturbación.

Otros cuestionarios ampliamente utilizados, aunque no se hallan validados para población oncológica, son el Inventario de Excitación Sexual (*Sexual Arousalability Inventory -SAI-*) de Hoon et al. (1976) y el Inventario de Interacción Sexual (*Sexual Interaction Inventory*) de LoPiccolo y Steger (1978).

Por otra parte, es frecuente el empleo de entrevistas estructuradas, escalas de análogo numérico o breves cuestionarios sin validar elaborados para los fines concretos de un estudio determinado en los que se recoge información referente a la frecuencia del coito y del orgasmo, dispareunia, satisfacción sexual general, deseo sexual, excitación, autoimagen, etc. (ver, por ejemplo: Abitbol y Davenport, 1974; Andersen y Jochimsen, 1985; Cochran et al., 1987).

3. CONCLUSIONES

Si bien existen numerosos cuestionarios para medir la conducta y la función sexual, éstos han sido desarrollados y validados a partir de poblaciones presumiblemente sanas. Por este motivo, su empleo en poblaciones que presentan

enfermedades físicas puede ser inadecuado ya que su contenido no se adapta con frecuencia a las características y necesidades del enfermo oncológico. En consecuencia, hasta que no se desarrollen más escalas específicas o no se validen las ya existentes en tales pacientes, en los estudios realizados con grupos de enfermos puede ser conveniente el empleo de grupos control adecuados con los que comparar los resultados obtenidos por estos pacientes.

La tarea de abordar las preocupaciones o problemas sexuales de los pacientes oncológicos es complicada. En la práctica, el personal asistencial rehusa hablar del tema por resultarle embarazoso, por la creencia de que "no se puede hacer nada", por otros prejuicios acerca de la función sexual o simplemente por falta de tiempo (Auchincloss, 1989), pasando así por alto las dudas y necesidades de orientación que presentan estos enfermos. De esta forma, se añaden más dificultades a las propias limitaciones que el enfermo se impone para tratar la cuestión, puesto que existe de antemano un rechazo general por parte del paciente a hablar sobre tales cuestiones o a pedir ayuda para sus dificultades sexuales (Andersen, 1986). Salvo raras excepciones, podemos considerar que cada paciente, ya sea adolescente, adulto o anciano, con o sin pareja, presenta dudas y preocupaciones acerca de su sexualidad. Por esta razón, la formulación de preguntas para evaluar el grado de bienestar sexual debería pasar a ser una rutina en la atención oncológica.

Ya desde el inicio del tratamiento el paciente debe ser informado sobre el impacto que éste y la enfermedad en general pueden causar en su sexualidad. Un momento importante para llevar a cabo una evaluación detenida sería el período que va de los tres a los seis meses posteriores a la finalización del tratamiento inicial (frecuentemente quirúrgico o radioterápico). Así por ejemplo, los estudios longitudinales realizados en mujeres con cáncer de mama, muestran que las que desarrollan algún problema sexual lo hacen tempranamente, a los tres o cuatro meses de la intervención quirúrgica, observándose que si permanecen sin tratamiento, no se resuelven las disfunciones sexuales en la mayoría de los casos (Maguire y cols., 1978; Morris y cols., 1977). Sin embargo, será importante también evaluar la sexualidad en períodos posteriores, incluso hasta un año después de haber finalizado el tratamiento, con el fin de detectar los casos en que la aparición de una disfunción sexual es más tardía, como sucede por ejemplo en pacientes con carcinoma cervical tratadas mediante radioterapia (Schover y cols., 1989). Así pues, la periodicidad idónea para evaluar con detenimiento la función y conducta sexual del enfermo podría establecerse en los tres, seis y doce meses de finalizado el tratamiento inicial.

En una primera fase la evaluación, información y orientación del paciente podría llevarla a cabo algún miembro -entrenado para ello- del mismo equipo asistencial que ha estado atendiendo al paciente hasta aquel momento. Sin

embargo, la detección de alteraciones específicas aconsejará que el caso sea remitido al especialista más adecuado (terapeuta sexual, psicólogo clínico, psiquiatra, cirujano plástico, etc.) con el fin de realizar una evaluación más extensa y precisa del paciente e iniciar el proceso de rehabilitación sexual más adecuado.

BIBLIOGRAFIA

- ABITBOL, M.M. y DAVENPORT, J.H. (1974): Sexual disfunction after therapy for cervical carcinoma. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, **119**, 181-189.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA): (1980): **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-III)**. Washington, D.C., APA.
- ANDERSEN, B.L. (1985): Sexual functioning morbidity among cancer survivors: current status and futur research directions. *Cancer*, **55**, 1835-1842.
- ANDERSEN, B.L. y JOCHIMSEN, P.R. (1985): Sexual functioning among breast cancer, gynecologic cancer and healthy women. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, **53**, 25-32.
- ANDERSEN, B.L. (1986): Sexual difficulties for women following cancer treatment. En: Andersen, B.L. (Ed.). **Women with cancer; Psychological perspectives**. New York: Springer-Verlag.

- AUCHINCLOSS, S. (1989): Sexual dysfunctions in cancer patients: Issues in evaluation and treatment. En: J.C. Holland y J.H. Rowland (Eds.). **Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer**. New York: Oxford University Press.
- BLUMBERG, B.; FLAHERTY, M. y LEWIS, J. (1980): **Coping with Cancer**. Bethesda, Maryland, USA; Department of Health and Human Services.
- BRANSFIELD, D.D.; HORIOT, J.C. y NABID, A. (1984): Development of a scale for assessing sexual function after treatment for gynecologic cancer. **Journal of Psychosocial Oncology**, 2, 3-19.
- CARROBLES, J.A.I. (1987): Evaluación de las disfunciones sexuales. En: R. Fernández-Ballesteros y J.A.I. Carrobbles. **Evaluación Conductual**. Madrid: Pirámide (3^a ed.).
- COHRAN, S.D.; HACKER, N.F.; WELLISCH, D.K. y BEREK, J.S. (1987): Sexual functioning after endometrial cancer. **Journal of Psychosocial Oncology**, 5, 47-61.
- DEROGATIS, L.R. y MELISARATOS, N. (1979): The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 5, 244-281.
- DEROGATIS, L.R.; MORROW, G.R.; FETTING, J.; PENMAN, D.; PIASETSKI, S.; SCHMALE, A.M. ; HENRICHS, M. y CARNICKE, C.L.M. (1983): The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. **Journal of the American Medical Academy**, 249, 751-757.
- GREENBERG, D.B. (1984): The measurement of sexual dysfunction in cancer patients. **Cancer**, 53, 2281-2285.
- HOON, E.F.; HOON, P.W. y WINCZE, J. (1976): The SAI: An Inventory for the measurement of female sexual arousal. **Archives of Sexual Behavior**, 5, 208-215.
- KAPLAN, H.S. (1983): **The Evaluation of Sexual Disorders**. New York: Brunner/Mazel Inc.
- KATHOL, R.G.; MUTGI, A.; WILLIAMS, J.; CLAMON, G. y NOYES, R. (1990): Diagnosis of major depression in cancer patients according to four sets of criteria. **American Journal of Psychiatry**, 147, 1021-1024.
- LoPICCOLO, J. y STEGER, J.C. (1978): The Sexual Interaction Inventory: A new instrument for assessment of sexual dysfunction. En: J. LoPiccolo y L. LoPiccolo (Eds.). **Handbook of Sex Therapy**. New York: Plenum Press.
- MAGUIRE, G.P.; LEE, E.G.; BEVINGTON, D.J.; KUCHEMANN, C.S.; CRABTREE, R.J. y CORNELL, C.E. (1978): Psychiatric problems in the first year after mastectomy. **British Medical Journal**, 1, 963-965.
- MORRIS, T.; GREER, H.S. y WHITE, P. (1977): Psychological and social adjustment to mastectomy: A two - year follow-up study. **Cancer**, 40, 2381-2387.

- SALVADOR, L. : **Morbilidad psiquiátrica en pacientes oncológicos.** Tesis Doctoral. Zaragoza, 1987.
- SCHOVER, L.R.; FIFE, M. y GERSHENSON, D.M. (1989): Sexual dysfunction and treatment for early stage cervical cancer. **Cancer**, 63, 204-212.
- SMITH, K.; BULKIN, W.; JANOVITZ, O. y BARNES, B. (1983): Sexual concerns and interest in counseling in cancer patients. **American Society of Clinical Oncology Abstracts.**