



LUIS PAREJO

El cáncer tampoco es una excusa para el sexo

EL TUMOR DE TESTÍCULO QUE FINGIÓ EL AMANTE DE LA PRIMERA DAMA NORIRLANDESA NO ES DE LOS PEORES. ES CIERTO QUE LAS PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS PUEDEN ELIMINAR EL DESEO, PERO LA RELACIÓN DE PAREJA SE RECUPERA CASI SIEMPRE CON UNA TERAPIA ADECUADA

MARÍA SÁNCHEZ-MONGE

Cuando parecía que ya no quedaba nada que decir sobre el escándalo con el que han iniciado el año los norirlandeses, saltó a la prensa la noticia de que el joven amante de la primera dama la dejó con la excusa de un supuesto tumor de testículos. Cansado del insaciable apetito sexual de

Mrs. Robinson, Kirk McCambley le aseguró que el médico le había recomendado reposo genital.

Aparentemente, el pretexto no iba desencaminado, ya que más del 40% de los pacientes con cáncer padece alguna disfunción sexual. Sin embargo, la interrupción de las relaciones íntimas no se debe, en la mayoría de

los casos, a una imposición médica. Además, se ha comprobado que, con el tratamiento adecuado, una buena parte de los enfermos puede mejorar de forma significativa. Por otro lado, el de testículos no es uno de los procesos tumorales con mayor impacto. Como en otros temas tabú, cunde la desinformación. / PÁGINA 4

EN PORTADA → PSICOLOGÍA

DESPUÉS DE UN PROCESO ONCOLÓGICO NO SÓLO HAY VIDA, SINO TRABAJO, AMIGOS, FAMILIA Y RELACIONES ÍNTIMAS. A PESAR DE QUE EXISTEN OPCIONES TERAPÉUTICAS, PERSISTE LA «CONSPIRACIÓN DE SILENCIO» EN TORNO AL SEXO QUE IMPIDE A MUCHOS PACIENTES ACCEDER A LAS TERAPIAS. ÉSTAS PUEDEN SER PSICOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS O FARMACOLÓGICAS

La disfunción sexual asociada al cáncer se puede tratar con éxito en el 70% de los casos

VIENE DE PÁGINA 1 / «Nadie te avisa de los problemas sexuales relacionados con los tratamientos del cáncer». Montserrat Domenech, presidenta del Grupo Ágata de Barcelona, integrado en la Federación Española de Cáncer de Mama (Fecma), expresa con estas palabras una queja muy común entre quienes acuden a su asociación en busca de apoyo. La extirpación del pecho (mastectomía) trastoca la imagen corporal y, por lo tanto, las relaciones íntimas. A veces se produce un rechazo por parte del cónyuge. «Una mujer me comentó que, tras la intervención de mama que le practicaron 20 años antes, su marido nunca volvió a querer verla desnuda», comenta la representante del colectivo de pacientes.

Domenech asegura que ella ha tenido la inmensa suerte de no haber sufrido ningún problema serio en

sus relaciones íntimas a raíz de su tumor de mama. Su pareja «se dio a la fuga» poco después del diagnóstico, pero no fue por esta causa.

Un murciano afectado de cáncer de colon que prefiere no dar su nombre experimentó una suerte de renacer sexual: «Me diagnosticaron la enfermedad hace cinco años, cuando tenía 52. Estaba tan inmerso en el trabajo que no tenía tiempo para ocuparme de mi salud. Llevaba un año con diarreas bastante frecuentes que se agudizaron esa Navidad. Fue entonces cuando decidí acudir al médico. Tras hacerme una colonoscopia comprobaron que tenía un tumor tan grande que ocupaba gran parte del intestino».

Lógicamente, con el mazazo del diagnóstico y la noción de que su vida corría peligro, lo último en lo que podía pensar era en el sexo. En

todo caso, las relaciones conyugales con su mujer venían siendo bastante escasas en los últimos meses, debido a la situación de estrés laboral que atravesaba.

Sin embargo, su perspectiva vital pronto experimentó un cambio radical. «Fue todo muy rápido: el ingreso, la intervención y la salida del hospital. Los cuatro meses de quimioterapia los viví como un periodo de relajación, alejado de la angustia que me provocaba la oficina», explica. El resultado fue que no sólo no tuvo que soportar ninguna disfunción sexual, sino que incluso recobró el deseo perdido.

CUESTIONES TABÚ

La historia de este señor de Murcia no puede, ni mucho menos, generalizarse a todas las personas con tumores de colon. Aquellas a las que se les ha practicado una colostomía (abertura en la pared del abdomen que permite la salida de heces al exterior) son los que atraviesan mayores dificultades para mantener relaciones sexuales con normalidad.

Sacar estos temas en la consulta de un profesional sanitario sigue siendo un reto pendiente. Yolanda Escobar, médico adjunto del Hospital Gregorio Marañón de Madrid y miembro de la sección de cuidados continuos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), reconoce que «las altas cifras de pacientes que sufren algún tipo de disfunción sexual contrastan con la poca conciencia que existe en la prácti-

ca clínica respecto a estos temas a los que los propios enfermos suelen restar importancia».

«Cuando les mandamos al psicólogo, muchas veces nos encontramos con que no quieren ir», corrobora Graciela García, oncóloga radioterápica y asesora del Comité Técnico de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). «Hay muchos menos varones que mujeres que aceptan acudir por otras cuestiones relacionadas con su salud mental y, según mi experiencia, ninguno lo hace por temas relativos a la sexualidad», añade.

Quienes logran liberarse de los prejuicios culturales descubren que es mucho lo que se puede hacer para mejorar esta parcela tan ligada a la calidad de vida de la persona. De hecho, se calcula que aproximadamente un 70% de los pacientes de cáncer con disfunción sexual mejora con tratamientos adecuados.

Escobar confirma que la sanidad pública carece de medios suficientes para tratar este tipo de dificultades, pero cree que «lo fundamental es que tengamos la sensibilidad de reconocer el problema. Tenemos que

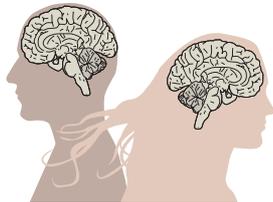
ser capaces de generar en el paciente una confianza suficiente para que hable del tema. Con eso ya ganaríamos muchísimo». E ilustra su argumentación con ejemplos de consejos que se le pueden ofrecer: «Cambios posturales que disminuyan el dolor durante el coito, trucos para disimular las bolsas de colostomías o utilizar sujetadores sexis para las mujeres operadas de mama».

El siguiente paso es saber cuándo derivar al afectado a una unidad de andrología, a la consulta de ginecología o a un psicólogo especializado en terapia de pareja.

Al fin y al cabo, los escollos que pueden surgir son de muy diversa índole. Para empezar, en todos los cánceres hay que tener en cuenta los factores emocionales, que pueden traducirse en ansiedad y depresión. La autoestima también suele salir perjudicada tras los cambios corporales (amputaciones, alopecia, pérdida de peso, cicatrices) asocia-

Posibles efectos en la sexualidad

IMPACTO PSICOLÓGICO EN HOMBRES Y MUJERES



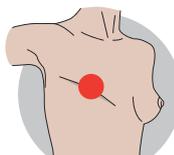
Muchos pacientes oncológicos sufren depresión o ansiedad, que reducen tanto el apetito como el placer sexual.



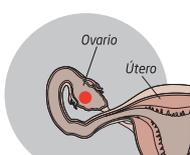
Los cambios en la imagen corporal de estas personas pueden interferir en sus relaciones y mermar su deseo.

IMPACTO FÍSICO EN LA MUJER

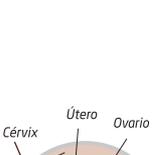
La quimioterapia y la hormonoterapia alteran la respuesta sexual.



Cáncer de mama
Perder una mama o parte de ella hace que la mujer se sienta menos atractiva.



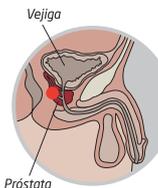
Cáncer de ovario
El tratamiento induce la menopausia.



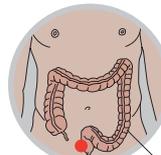
Cáncer de cérvix
Estrechamiento vaginal, falta de lubricación y dolor durante el coito.

El dolor de espalda tras una mastectomía obliga a utilizar almohadas para acomodarse durante la relación sexual.

IMPACTO FÍSICO EN EL HOMBRE



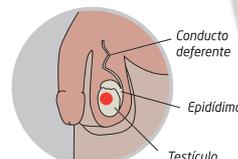
Cáncer de próstata
Impotencia y eyaculación dolorosa.



Cáncer de recto
Problemas de erección, eyaculación y orgasmo por las lesiones en los nervios de la cavidad pélvica que puede producir la cirugía.



Cáncer de pene
Altera o anula la capacidad eréctil, los orgasmos y la eyaculación.



Cáncer de testículo
Eyaculación retrógrada (hay orgasmo pero el semen acaba en la vejiga).

dos al tratamiento. «Otros factores son el cansancio, el dolor y los cambios en las relaciones de familia», recapitula Eva Béjar, psicooncóloga de la AECC. Cuando el enfermo es quien se encarga de ingresar dinero en las arcas de la economía familiar, el hecho de que se convierta en un paciente que necesita cuidados repercute, a menudo, en su relación de pareja en todos los aspectos, incluido el sexual.

Béjar explica que existen distintas opciones de tratamiento psicológico, adaptadas a cada caso. «Hay terapias en las que se incluye a los dos miembros de la pareja y se procura focalizar su atención en sus sensaciones y dificultades. Se les educa en comunicación emocional y se procura favorecer una actitud abierta», relata. El proceso «suele ser bastante lento», se lamenta la psicóloga, «porque es un tema que no solemos abordar fácilmente en nuestra cultura».

MÁS ALLÁ DEL COITO

Los especialistas en salud mental también tienen la misión de ayudar a reformular su vida íntima a quienes sufren complicaciones orgánicas debidas al tratamiento, tales como estrechamiento de la vagina o disfunción eréctil. «En esos casos, resulta esencial educar al paciente en una sexualidad no centrada en lo genital o el coito, sino en la búsqueda del placer desde un concepto más amplio», señala Béjar.

Por otro lado, considera crucial que se informe a los pacientes sobre las posibles consecuencias de las terapias desde el momento del diagnóstico y se les ofrezcan alternativas terapéuticas menos traumáticas siempre que sea posible.

Tanto la quimio como la radioterapia pueden causar efectos como la disminución de la libido en todos los tumores, pero hay cánceres en los que estas terapias, además de la ci-

rugía, son mucho más devastadoras. Es el caso del de vejiga y, sobre todo, del de próstata, muchos de cuyos afectados tienen que pagar el tributo de quedar impotentes a cambio de salvar la vida.

«Aunque es posible aplicar técnicas con la intención de preservar la potencia en pacientes muy seleccionados, en la mayoría se precisa realizar cirugías más radicales», señala Bernardino Miñana, coordinador del grupo de Urooncología de la Asociación Española de Urología. En los más afortunados, es decir, aquellos con tumores detectados precozmente y poco agresivos, se puede inten-

Los hombres siguen siendo muy reticentes a acudir al psicólogo y no hablan con él de sexo

Las relaciones íntimas tienen cada vez más peso a la hora de elegir la terapia óptima

tar conservar los nervios y vasos sanguíneos que van pegados a la próstata y posibilitan la erección.

Pero incluso cuando no es factible mantener la potencia hay alternativas terapéuticas para estos pacientes. En primer lugar, pueden tomar medicamentos orales, como Viagra, Cialis o Levitra, que potencian la erección. Dado que éstos son menos eficaces en personas sometidas a cirugía que en los individuos con otro tipo de problemas sexuales, existe una segunda opción: las inyecciones de unas sustancias denominadas prostaglandinas directamente en el pene. Su efecto es prácticamente inmediato, pero no pueden obviar-

se las molestias asociadas al pinchazo. En tercer lugar, las prótesis de pene son bastante efectivas y tienen una duración media de entre ocho y 10 años. El único inconveniente es que su colocación requiere una intervención quirúrgica.

Las repercusiones orgánicas del tratamiento de los cánceres ginecológicos también son, con frecuencia, considerables. Así, en el caso del de cuello de útero (cervix), la principal consecuencia de la cirugía es que «da vagina se acorta», indica José Antonio Vidart, jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. «Si además es necesario, por el tipo de tumor, completar con radioterapia, la situación se complica aún más», agrega. No obstante, la colocación de un tampón con estrógenos ayuda a que la vagina no se cierre. Vidart precisa que la sexualidad de la mujer ha ido cobrando importancia a la hora de instaurar una terapia.

Andrés Poveda, coordinador del Área Clínica de Oncología Ginecológica (Acog) del Instituto Valenciano de Oncología, subraya que la terapia de las disfunciones sexuales es una de las áreas más relevantes. «De hecho, estamos haciendo un estudio y hemos visto que entre un 15% y un 20% reconoce que estas alteraciones son un problema importante». Este especialista tiene motivos para lanzar un mensaje positivo: «Sin duda, se puede mejorar». Según los casos, los profesionales recomiendan estrógenos, lubricantes e hidratantes vaginales; además de dispositivos que incrementan el flujo sanguíneo al clítoris y aumentan la sensibilidad.

Sin olvidarse, claro está, de otros tipos de apoyo. El psicólogo experto en inteligencia emocional Carlos Hué, que además ha sufrido un cáncer y es el presidente en funciones de la asociación Europacolón, recomienda «huir de la inactividad, que es el peor enemigo de las personas enfermas».

Cirugía pionera de reconstrucción del pene por un tumor

Un equipo de cirujanos del Hospital 12 de Octubre de Madrid ha llevado a cabo, por primera vez en España, la reconstrucción de un pene tras un cáncer. Este tipo de tumor es muy infrecuente y suele aparecer a edades avanzadas. Sin embargo, de vez en cuando se presenta en individuos jóvenes y, cuando afecta a gran parte del órgano, la única posibilidad de salvar la vida del paciente es la amputación total. Éste fue el caso del paciente de 41 años que acudió al centro madrileño y que quiere permanecer en el anonimato: «Al principio no tenía ganas de vivir. Me preguntaba: ¿Para qué quiero estar así?». Viéndole tan afectado, los especialistas evaluaron la posibilidad de fabricarle un nuevo pene.

«Tuvimos que hacer una sección hasta la base del pene, es decir, se quedó completamente sin él. Y como era un hombre joven que tenía pareja, cuando había pasado un tiempo y se vio que oncológicamente estaba bien, se lo comentamos a cirugía plástica para que ellos valorasen la posibilidad de intentar hacer una reconstrucción», explica Javier Romero, urólogo del hospital. Marcos Martín, cirujano plástico responsable de la intervención, que duró aproximadamente 10 horas, describe en qué consistió: «Se cogió un trozo de piel de 15 por 10 centímetros de la cara anterior del antebrazo que estaba nutrido por una arteria y dos venas. Esa isla se enrolló a modo de dos cilindros, cada uno en un sentido y uno dentro del otro, para

conseguir la uretra y la envoltura cutánea. A continuación, ese tubo se traspuso a la ingle y se enchufó a una arteria y dos venas para aportar la vascularización. En cuanto comprobamos que tenía una circulación sanguínea tanto de la arteria como de las venas, procedimos a anclarlo». El nuevo pene permitió al paciente orinar de pie, pero, al estar constituido únicamente de piel y grasa, le resultaba imposible conseguir una erección natural. Para ello resultan imprescindibles las estructuras características del órgano masculino conocidas como cuerpos cavernosos. Por esta razón, el paciente fue nuevamente derivado al urólogo, quien le implantó una prótesis. Según explica Javier Romero, «existen distintos tipos de prótesis peneanas. Las más modernas y mejor conseguidas son las hidráulicas de tres componentes. Constan de dos cilindros o flotadores, que normalmente están vacíos simulando un pene en

flacidez y se llenan de suero para conseguir una erección que permita una relación sexual. El tercer componente es una bomba que dirige el suero a los cilindros según se quiera erección o flacidez. Dicha bomba queda alojada en el escroto entre los dos testículos; así es muy accesible, pues es lo que el paciente tiene que manipular para hinchar y deshinchar la prótesis». Una vez implantado el dispositivo, se debe esperar de cuatro a seis semanas antes de mantener relaciones sexuales. El paciente del 12 de Octubre ha reanudado la vida sexual con su pareja y, aunque no eyacula, logra llegar al orgasmo. Sigue acudiendo a revisiones periódicas, ya que los médicos no descartan la aparición de complicaciones. Pero el afectado, originario de Ecuador, no llegó a tiempo a su última cita con el cirujano plástico. La culpa no es suya, sino de AirComet, que le dejó sin billete de vuelta a España tras haber pasado la Navidad en su país natal.