

IMAGEN CORPORAL Y SEXUALIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS

María Belen Rausch

e-mail: bel_lmt@hotmail.com

Resumen

El siguiente artículo busca explicar y describir qué es lo que sucede con la imagen corporal y la sexualidad en personas que padecen una enfermedad oncológica. El cáncer es una enfermedad que provoca grandes cambios en la apariencia física, como así también en los tratamientos que se emplean para la misma. Estos cambios significan una gran fuente de estrés para los pacientes que atraviesan esta enfermedad: la capacidad que ellos posean para aceptar y adaptarse a los mismos repercutirán en su estado emocional, en su calidad de vida y en su funcionamiento personal, familiar, laboral y social. Todo esto, a su vez, se relaciona directamente con la sexualidad que experimentan. Son numerosos los factores relacionados con el cáncer que pueden interferir en la vida sexual del paciente y de su pareja. Para poder acompañar en este difícil proceso a estos pacientes son aconsejables intervenciones preventivas basadas en el apoyo emocional y en el consejo psicológico que permitan ayudar al paciente a la aceptación y la adaptación de estos cambios no deseados.

Palabras clave: imagen corporal, sexualidad, cáncer, cuidados paliativos

Abstract

The following article seeks to explain and describe what happens to body image and sexuality in people suffering from an oncological disease. Cancer is a disease that causes great changes in physical appearance, as well as the treatments that are used for it. These changes represent a great source of stress for patients who are suffering from this disease and the capacity they have to accept and adapt to them will affect their emotional state, quality of life

and personal, family, work and social functioning. All this, in turn, is directly related to the sexuality they experience. There are numerous factors related to cancer that can interfere in the sexual life of the patient and his partner. In order to be able to accompany these patients in this difficult process, preventive interventions are advised, based on emotional support and psychological counsel that allow to help the patient to the acceptance and adaptation of these unwanted changes.

Key words: body image, sexuality, cancer, palliative care

Zusammenfassung

Der folgende Artikel versucht zu erklären und zu beschreiben, was mit dem Körperbild und der Sexualität bei Menschen mit einer onkologischen Krankheit geschieht. Krebs ist eine Krankheit, die große Veränderungen in der körperlichen Erscheinung verursacht, wie auch die therapeutischen Massnahmen zu seiner Behandlung. Diese Veränderungen bedeuten eine große Stressquelle für die Patienten, die diese Krankheit durchmachen: Die Fähigkeit, sie zu akzeptieren und sich ihnen anzupassen, wird sich auf ihren emotionalen Zustand, ihre Lebensqualität und ihre persönliche, familiäre, berufliche und soziale Funktion auswirken. All dies wiederum steht in direktem Zusammenhang mit der von ihnen erlebten Sexualität. Es gibt zahlreiche krebsbedingte Faktoren, die das Sexualleben des Patienten und seines Partners beeinträchtigen können. Um diese Patienten in diesem schwierigen Prozess zu begleiten, sind präventive Interventionen auf der Basis emotionaler Unterstützung und psychologischer Beratung angeraten, um sie bei der Akzeptanz und der Anpassung an diese unerwünschten Veränderungen zu unterstützen.

Schlüsselwörter: Körperbild, Sexualität, Krebs, Palliativmedizin

Original recibido: septiembre de 2017

aceptado: octubre de 2017

María Belén Rausch es Licenciada en Psicología en la Universidad del Salvador. Profesora de Psicología en nivel medio y superior en USAL. Diploma en Cuidados Paliativos. Investigadora Adjunta en USAL. Presentación y publicación de varios artículos en Jornadas Científicas.

Imagen corporal

No cabe duda que la apariencia física juega un papel importante en nuestra sociedad, siendo considerada por muchos como un instrumento básico para alcanzar el éxito social y laboral. Pero más importante que la apariencia externa es cómo cada persona se siente en relación a su propio cuerpo. La satisfacción con el cuerpo determina tanto el concepto y la imagen que se tiene de sí mismo, como la forma de relacionarse con el entorno. Numerosos estudios muestran cómo la insatisfacción con la imagen corporal está asociada a una baja autoestima, pobre autoconcepto, problemas en la identidad de género, ansiedad interpersonal, problemas sexuales y trastornos depresivos. (Raich, 2000)

Con frecuencia el cáncer y sus tratamientos pueden alterar el aspecto físico de las personas que lo padecen. Se ha observado que estos cambios están asociados a una insatisfacción corporal, a un deterioro en la percepción de la imagen corporal y suelen ir acompañados de un gran impacto emocional, colocando a la persona en una crisis con una alta vulnerabilidad psicológica.

En la mayoría de los casos, estos cambios constituyen un nuevo evento vital estresante al que los pacientes de cáncer deben hacer frente. (Yurek, 2000) Su capacidad para aceptarlos, integrarlos en una nueva imagen corporal y encontrar soluciones alternativas que permitan minimizar las limitaciones que conllevan influirá directamente en su ajuste emocional, su calidad de vida y su funcionamiento laboral y social.

Para adentrarnos en el tema, considero importante retomar el concepto de Imagen Corporal que Raich menciona: “La imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos” (Raich, 2000: 17). Como podemos

observar en esta precisa definición, la imagen corporal es mucho más que la visión que tenemos de nuestro cuerpo, y por ello justamente es que requiere de una especificidad para abordarla.

A diferencia de lo que sucede con otras alteraciones de la imagen corporal, en el caso de los pacientes oncológicos no se trata de defectos imaginados o anomalías leves, sino que en la mayoría de los casos nos encontramos con una deformidad objetiva, asimetría, pérdidas reales de funciones físicas y discapacidad. Se puede decir que lo “anormal” o excesivo no es la respuesta del enfermo, sino la situación a la que debe enfrentarse.

Conocer las variables que influyen en el desarrollo de la imagen corporal y el tipo de cambios que los pacientes oncológicos experimentan en los distintos niveles de respuesta nos va a ayudar a la hora de realizar el proceso de evaluación y va a servir de guía en el diseño de la intervención más eficaz en cada caso.

Las variables que influyen en el cambio de la imagen corporal dependen de múltiples factores, por ejemplo:

- El tipo de cambio físico que experimenta, la localización y la discapacidad que este representa.
- La reacción del entorno y el apoyo social.
- Disponibilidad y acceso a los recursos necesarios.
- La valoración o significación que cada uno realiza de la alteración física.
- Las características de personalidad de la persona.

Todos estos factores llevarán a la persona a pensar, percibir, sentir y actuar diferente desde la imagen corporal que signifique y lo represente. Por ello es muy importante tenerlos en cuenta e investigar acerca de los mismos.

Ahora bien, ¿Cuándo debemos alertarnos ante la presencia de una imagen corporal anormal o desadaptativa? Según el DSM IV, esto se representa en el Trastorno *dismórfico* (300.7) (DSM IV, 2000), caracterizado por:

A. La preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación es excesiva.

B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

D. La respuesta atípica, no esperada culturalmente o que viola las normas sociales.

Sumado a ello, me parece importante rescatar otras definiciones de conducta anormal, como lo son las de Barlow y Duran (2001) y en la de imagen corporal de Raich (2000: 17-26), que se caracteriza por:

A. Presencia de cambios físicos que provocan cambios en el funcionamiento cognitivo, emocional o conductual que resultan desadaptativos. La persona experimenta cambios en la forma en cómo percibe, imagina, piensa, siente y/o actúa respecto a su propio cuerpo, que le hacen *sentirse diferente* de sí mismo (respecto a cómo era antes del cambio físico) y de los demás, manifestando una gran insatisfacción con su propio cuerpo.

B. Presencia de angustia o malestar clínicamente significativo y un deterioro importante en la calidad de vida.

C. Discapacidad; estos cambios interfieren negativamente en el funcionamiento general de la persona.

D. La respuesta no es esperada en función de influencias culturales o sociales.

White (2000) define la presencia de un trastorno en la imagen corporal en la población oncológica cuando existe una marcada discrepancia entre la apariencia física objetiva o percibida de una parte del cuerpo, atributo o función corporal y la representación mental (esquema) que el sujeto tiene de ese atributo. Para White, esta discrepancia (por su asociación con asunciones disfuncionales sobre la apariencia, sobre sí mismo y con el significado personal que el sujeto da a estos cambios) provoca la aparición de respuestas emocionales negativas y conductas compensatorias, las cuales interfieren significativamente con el funcionamiento ocupacional, social, con la rutina normal y las relaciones interpersonales.

Para aumentar la tolerancia y facilitar la adaptación a estos cambios, Ana Isabel Fernández (2004) propone 5 objetivos de intervención:

1. Facilitar la aceptación de la pérdida o daño corporal, lo que conlleva un proceso de elaboración de duelo, en el que es fundamental la identificación y expresión adecuada de los sentimientos. Algunas estrategias para realizarlo

pueden ser: información previa, participación en el proceso de toma de decisiones, motivar la expresión emocional.

2. Promover el apoyo y la integración social, así como las relaciones interpersonales estrechas. Algunas estrategias para realizarlo pueden ser: identificar y potenciar el contacto con personas que favorezcan el apoyo, participación en grupos de apoyo mutuo.

3. Potenciar la puesta en práctica de estrategias y recursos de afrontamiento eficaces que permitan minimizar el impacto del cambio físico. Algunas estrategias para realizarlo pueden ser: métodos de rehabilitación, técnicas reconstructivas, educación sanitaria, utilización de prótesis u otros recursos, promover desarrollo de habilidades, técnicas operantes (moldeamiento, encadenamiento, establecimiento de programas de reforzamiento y planificación de metas graduadas para favorecer la sensación de logro y control y la automatización de los nuevos aprendizajes).

4. Facilitar el desarrollo de una imagen corporal nueva (aceptando e integrando los cambios en una nueva representación mental). Algunas estrategias para realizarlo pueden ser: técnicas cognitivas de reestructuración, desensibilización sistemática, uso del humor, contacto con ex pacientes, dinámicas grupales.

5. Potenciar la autoestima y el sentimiento de valía personal. Algunas estrategias para realizarlo pueden ser: técnicas cognitivas para la modificación de creencias, establecimiento de metas y objetivos alcanzables, desarrollar habilidades de auto-refuerzo.

Mayormente, las técnicas utilizadas para el abordaje de esta problemática se centran en el uso de técnicas cognitivo- conductuales en el contexto del Consejo Psicológico (Counselling).

Sexualidad

Las necesidades y los sentimientos relacionados con la sexualidad en pacientes con cáncer es un tema poco frecuente en los escritos dedicados a la enfermedad y su tratamiento; es aún más inusual encontrarlo en literatura de pacientes con cáncer en estado avanzado. Sin embargo, es una preocupación

presente en los pacientes que padece dicha enfermedad, y un gran desafío para los profesionales que los atienden, ya que es un tema muy íntimo y delicado, que requiere de gran sutileza a la hora de explorarlo y tratarlo.

Aproximadamente, la prevalencia de la disfunción sexual en pacientes con cáncer, ya sea debido a la enfermedad misma o a los tratamientos oncológicos, oscilan entre el 35 y 85% en hombres y mujeres. Esto determina que es un síntoma frecuente que se les presenta a los pacientes que cursan la enfermedad.

Son numerosos los factores relacionados con el cáncer que pueden interferir con la vida sexual del paciente y de su pareja. Síntomas y consecuencias de la enfermedad, como la anemia y la anorexia, pueden provocar debilidad y dificultar la actividad sexual. Otras veces los tratamientos utilizados (drogas, radioterapia, intervenciones quirúrgicas) pueden producir efectos similares y hasta limitar considerablemente las relaciones sexuales. Sin duda, los factores de orden psicológico (creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y afrontamientos) tienen gran importancia en la aparición de dificultades de orden sexual. La aparición de la enfermedad es un acontecimiento que puede generar temores, angustias y expectativas que empiezan a deteriorar la personalidad, con la reducción consecuente de las necesidades, motivos e ilusiones de la persona que la sufre. Ciertas secuelas quirúrgicas pueden producir trastornos de la imagen corporal, sentimientos de desagrado hacia sí mismo y hacia la pareja. Pero la sexualidad sigue siendo una necesidad de esa persona enferma, aún en estadios terminales; y aunque disminuya el interés por el coito, se mantiene presente el deseo de proximidad y contacto físico,

Para enfocar los problemas sexuales en pacientes con cáncer se recurre comúnmente al ciclo de la respuesta sexual humana, que consta de 4 fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución. (Master, 1970) Cada una de estas fases está caracterizada por la experiencia subjetiva, eventos objetivos que pueden ser medidos y por sistemas fisiológicos que necesitan estar intactos para que estos eventos ocurran. La mayoría de los problemas de deseo sexual en los pacientes crónicamente enfermos tienen que ver con la pérdida global de interés en el sexo. El poco deseo sexual es quizás la más compleja de todas las disfunciones sexuales. Las causas físicas en pacientes con cáncer incluyen:

depresión del sistema nervioso central debido a dolor generalizado y fatiga, demencia difusa o medicación tranquilizante. Algunos medicamentos antieméticos y opioides elevan los niveles de prolactina y ello disminuye el deseo sexual. Los trastornos afectivos aparecen con mayor frecuencia en los pacientes con cáncer, y constituyen la causa frecuente de pérdida del deseo sexual en éstos.

En general, cualquier tipo de cáncer puede producir, por sus síntomas y su impacto psicoemocional y social, cambios en los patrones de funcionamiento sexual, al originar nuevos problemas o exacerbar los preexistentes. Una cuidadosa evaluación y la consideración de la reducción del dolor, la ansiedad y el discomfort, para hacer decrecer esta interferencia, son premisas básicas del manejo de este problema. (Auchincloss, 1989)

Todo médico debe evaluar de forma breve la esfera sexual durante la entrevista inicial y en el seguimiento. Algunas sugerencias generales para la evaluación de la sexualidad en los pacientes con cáncer pueden ser:

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 fácilmente una solución 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.

8. 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.

9. Considerar las quejas principales, el status sexual y 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.

El tratamiento de los problemas sexuales en los pacientes con cáncer depende de los factores causales interactuantes e incluye procedimientos como el consejo sexual breve, educación sexual, métodos para cambio de actitudes, consejos para recuperar el funcionamiento sexual con la pareja asociados a ejercicios, técnicas de minimización de las limitaciones físicas y de resolución de conflictos maritales, terapia sexual intensiva bajo entrenamiento, etcétera. (Auchincloss, 1989)

Lo más usual es que ambos miembros de la pareja acepten con facilidad el concepto de que el conyugue es un valioso aliado en ayudar a la persona con cáncer a encontrar su propio camino; pero cuando el objetivo es que ambos crezcan espiritualmente, el concepto se hace todavía mucho más aceptable. Es raro que un conyugue no coopere en esto. Si el matrimonio está muy deteriorado, ambos miembros deben saber que su disolución sería lo mejor para ambos. (Leshan, 1994)

La terapéutica sexual formal incluye habitualmente intervenciones rápidas, dirigidas al control de síntomas, y en ella participa la pareja. En ella son asignadas determinadas tareas a los pacientes, que incluyen ejercicios de focalización sensorial y búsqueda de otras técnicas sexuales que resulten efectivas para revertir disfunciones específicas. El manejo de la comunicación marital y el bienestar psicológico individual constituyen a menudo parte importante del tratamiento. Luego del diagnóstico de cáncer, es de la mayor importancia que la familia se convierta, lo más posible, en una fuerza positiva para el crecimiento espiritual del paciente. (Leshan, 1994)

En la evaluación del funcionamiento sexual del *paciente terminal*, además de las recomendaciones generales para explorar esta esfera en cualquier estadio del cáncer, es importante enfatizar que lo primario es reconocer los problemas desde una actitud realista, evitando propuestas o indicaciones que puedan ser no deseadas por el paciente o que contradigan los principios fundamentales de los cuidados paliativos. Es más justificado incitar a un reconocimiento, revisión, reforzamiento o reafirmación de la vida afectiva del paciente, de la relación con su pareja. Es importante identificar, reconocer y estimular conductas sexuales alternativas, que sin representar maltrato, vergüenza o humillación por lástima, ofrezcan posibilidades placenteras, como la cercanía física no genital y variadas demostraciones de afecto. Sin duda, una prolongada mirada, una tierna caricia, una auténtica sonrisa de amor, pueden compensar (incluso en momentos postreros) la falta de una ejecución sexual en otros tiempos deseada, y llevar a la satisfacción de las necesidades de este paciente en esos momentos. Hay que concebir aquí a la sexualidad en su más abierta y flexible expresión. (Gómez Sancho, 1988)

Referencias

- Anderson, M. S. y J. Johnson (1994), Restoration of body image and self-esteem for women after cancer treatment, en *Cancer Practice*, 2 (5): 345-349.
- Auchincloss, S. S. (1989), Sexual dysfunction in cancer patients: Issues in evaluation and *treatment*, en J. C. Holland y J. H. Rowland (eds.), *Handbook of psychooncology. Psychological care of the patients with cancer*. New York: Oxford University.
- Barlow, D. Y M. Durand (2001), *Psicología Anormal: Un enfoque integral*, Madrid: International Thomson Editores.
- Carrobles, J. A. Y A. Sanz (1992), *Terapia sexual*, Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Die Trill, M., J. Die Trill y A. Die Goyanes (2003), Tumores de cabeza y cuello, en M. Die Trill (e.), *Manual de Psico-oncología*, Madrid: Editorial Ades.
- López-Ibor, J. J. y M. Valdés (2002), *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona: Masson.
- Fernández, A. (2004), Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos, en *Revista Psicooncología*, 1 (2/3): 169-180.

- Grau Abalo, J. (1994), La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento, en *Revista Cubana de Oncología*, 15 (1): 49-65.
- Grau, J. y P. J. Jiménez (1988), La sexualidad en el enfermo de cáncer, en M. Gómez Sancho (ed.), *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*, 2 ed. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS.
- Grau J. (1998), La evaluación de la calidad de vida en el enfermo con cáncer avanzado, en M. Gómez Sancho (ed.), *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*, 2 ed. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS.
- Kaplan, H. S. (1974), *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza.
- Lazarint, H. (1997), Cáncer y sexualidad, en *Revista Yo, Paciente Oncológico*, 1(2): 5.
- Leshan, L. (1994), *Cáncer as a turning point*, New York: A Plume Book.
- Raich, R. M. (2000), ¿Por qué hay personas que sufren el trastorno de la imagen corporal? Desarrollo del trastorno de la imagen corporal, en R. M. Raich (ed.), *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Raich, R. M. (2000), ¿Qué es la imagen corporal?, en R. M. Raich (ed.), *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Raich, R. M. (2000), Trastornos de la imagen corporal, en R. M. Raich (ed.), *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Schavelzon, J. (1992), Desadaptación afectiva, sexualidad y cáncer, en J. Schavelzon (ed.), *Psique*, Buenos Aires: Científica Interamericana.
- Shell, J. A. y C. K. Smith (1994), Sexuality and the older person with cancer, en *Oncology Nursing Forum*, 21 (3): 553-558.
- White, C. A. (2000), Body Image dimensions and cancer: A heuristic cognitive behavioural model, en *Psycho-Oncology*, 9 (3): 183-192.

