medigraphic Artemisa en línea

Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2007; 40(1): Ene.-Mar: 28-31

ARTÍCULO DE REVISIÓN

SECCIÓN DE PSICOONCOLOGÍA

Castración y su impacto psicológico de la excenteración pélvica en mujeres con cáncer

Psic. María Elena Naranjo Fuentes,*
Psic. Guillermina Olivares Basurto,**Psic. Oncol. Salvador Alvarado Aguilar***

* Universidad Autónoma Metropolitana, Plantel Xochimilco.
** Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Atlacomulco.
*** Instituto Nacional de Cancerología de México, Servicio de Psicooncología.

RESUMEN

En el presente trabajo se abordan los vínculos que se entrelazan por medio del cáncer cuando la propuesta de tratamiento es la excenteración pélvica, la castración y su impacto psicológico en mujeres mexicanas.

En términos generales se habla del tratamiento quirúrgico de elección en cáncer cérvico-uterino recurrente o tratamiento paliativo.

Sus efectos acumulativos, antes y después de la cirugía, en los que cabe mencionar las alteraciones: psicoemocionales, imagen corporal, sexualidad, integración social y la posibilidad de que se reactive la castración.

Palabras clave: Cáncer, excenteración pélvica, castración, impacto psicológico.

Castration and its psychological impact of pelvic exenteration on women with cancer

ABSTRACT

In the present work are approached the links interlaced by means of the cancer when the treatment proposal is the pelvic exenteration, castration and its psychological impact in Mexican women.

In general terms it is spoken, of the surgical treatment of election in recurrent cervico-uterine cancer or palliative treatment.

Its accumulative effects before and after surgery, in which it is possible to mention the alterations: psychoemotional, corporal image, sexuality, social integration and the possibility that the castration is reactivated.

Key words: *Cancer, pelvic exenteration, castration, psychological impacts.*

INTRODUCCIÓN

La definición de cáncer proviene del latín que significa cangrejo, bautizado por el médico griego Hipócrates alrededor del año 400 a.C., que incluye un grupo de aproximadamente 150 padecimientos que se pueden producir en cualquier parte del cuerpo.[1]

Cáncer es un término genérico que se utiliza para caracterizar el crecimiento anormal de células que pueden invadir tejidos o diseminarse a otros órganos (metástasis), o bien como resultado producido a nivel genético en el núcleo de las células. Debido al cáncer algunas se multiplican desordenadamente sin propósito de satisfacer una necesidad orgánica específica.[2]

Dentro de la enfermedad oncológica se encuentra el cáncer cérvico-uterino adoptando la modalidad de la cirugía de excenteración pélvica como un tratamiento curativo y paliativo. Tendiendo como finalidad prolongar la vida de la paciente.

Muchos de los aspectos psicológicos se unen a las diferentes patologías del cáncer, debido a su impacto emocional dejando secuelas importantes por el tipo de tratamiento agresivo e invasivo al grado de desencadenar trastornos premórbidos de la paciente es decir que no podemos separar mente cuerpo sin que uno u otro se altere, por ello la importancia de entender las fantasías que se crean a partir del diagnóstico oncológico y sus tratamientos. Replanteándose así nuevas técnicas de ayuda pre y postoperatorias.

www.medigraphic.com

DESARROLLO

En México el cáncer es la segunda causa de muerte y constituye un problema de salud pública que

Correspondencia:
Psic. María Elena Naranjo Fuentes
Correo electrónico: menf31@yahoo.com.mx

afecta a 64.5% de la población femenina (principalmente cáncer cérvico-uterino) y al hombre 35.3%.[3]

En la República Mexicana en el año 2000 se ubicó en 19.4 por 100,000 mujeres mayores de 25 años. El cáncer cérvico-uterino en México presenta una de las tasas de incidencia más alta en el ámbito mundial. De hecho ocupa el segundo lugar entre los cánceres ginecológicos, durante el periodo de 1990-1994, fue el causante de más de 21,000 fallecimientos, es decir, 350 muertes como promedio mensual o, dicho de otra manera una mujer muere cada dos horas por esta causa. El número de defunciones por esta patología en el año 2000 mostró una ligera tendencia al alza de 8.7% en relación con 1990 los grupos más afectados se encuentran por arriba de los 45 años de edad.[4]

Las causas del cáncer son exógenas y endógenas, específicamente en cáncer cérvico-uterino el factor más importante según Dolinsky (2006)[5] es el virus del papiloma humano; en tanto que Coronel y Coronel, en 2005,[4] comentan que otros factores serían mujeres mayores de 25 años, nunca haberse realizado el estudio de Papanicolaou, inicio de vida sexual activa antes de los 18 años de edad, múltiples parejas sexuales tanto de ella como de su pareja, infección por (VPH), tabaquismo, desnutrición, deficiencia de vitaminas A, C, E y folatos, multiparidad y enfermedades inmunosupresoras, uso prolongado de anticonceptivos orales.[4,5]

Para guiar el tratamiento y ofrecer información del cáncer cervical es necesaria su estadificación para ello se basará en el más popular que es el sistema FIGO (Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras). FIGO es un sistema de estadificación clínico, lo cual significa que se basa en el examen físico y resultados de la biopsia.

El sistema de estadificación FIGO para cánceres invasivos

1. Estadio IA. Cáncer microscópico confinado al útero.
2. Estadio IB. Cáncer visible al ojo humano, confinado al útero.
3. Estadio II. Cáncer cervical invadiendo más allá del útero, pero no a la pared pelviana ni el tercio inferior de la vagina.
4. Estadio III. Cáncer cervical invadiendo la pared pelviana o el tercio inferior de la vagina y/o produciendo un riñón no funcionante.
5. Estadio IVA. Cáncer cervical que invade vejiga, recto o extendiéndose más allá de la pelvis.
6. Estadio IVB. Metástasis distantes.

Para ello los tratamientos más comunes son: el quirúrgico, como la histerectomía, excenteración pélvica; radioterapia, braquiterapia de baja y alta dosis, quimioterapia y en ocasiones la combinación de las tres modalidades.[4]

El concepto de castración, según la profesora Restrepo de la Universidad de Remington de la Facultad de Psicología, se define como la extirpación quirúrgica de las gónadas (testículos u ovarios) o su inhabilitación funcional por medicamentos o radiaciones. En las mujeres se refiere a la práctica quirúrgica de ooforectomía y en los hombres orquectomía bilateral.[5]

Situación que dista mucho de lo que es propiamente una excenteración pélvica, la cual consiste en la extirpación quirúrgica de los siguientes órganos: útero, cérvix, trompas de Falopio, los ovarios, la vagina, la vejiga, el recto y parte del colon.[6]

Es una cirugía introducida en 1948 por Brunschwig, para el carcinoma del cuello uterino, fue muy criticada al comienzo, pero ahora se acepta como un procedimiento respetable que puede ofrecerles vida a pacientes seleccionadas cuando no existen otras posibilidades de curación.[7]

Para 1984-1989 la excenteración se propone con fines curativos, sin embargo, ésta es una cirugía que produce una mortalidad y morbilidad directamente relacionadas con el procedimiento produciéndose dentro de los primeros 18 meses después de la cirugía, de las complicaciones más probables encuentran cardiopulmonares, embolia pulmonar, edema pulmonar, infarto del miocardio, accidentes cerebrovasculares y la pérdida de sangre aumenta en definitiva dentro de la primera semana del procedimiento, la sepsis es la mayor amenaza para la salud y la vida de la paciente, celulitis pelviana difusa, obstrucción intestinal, a pesar de la morbilidad de dicha cirugía está indicada sin duda alguna en pacientes de recurrencia de cáncer cervical persistente o malignidad avanzada o localizada; otra indicación es como tratamiento paliativo. En estudios presentados en el año 2003 al 2006 se plantea una morbilidad aproximada de 65.3 a 75% y una mortalidad de 4.2 a 4.8%, respectivamente.

Walton, en 1979, publicó una revisión completa de factores que intervienen en la reacción de estrés de la paciente después de la cirugía, y llamó la atención sobre los efectos bioquímicos, psicológicos, gastrointestinales, hepáticos y cardíacos. Llegando a la conclusión de que con un cuidado total la incidencia de estas reacciones de estrés disminuirá pero desaparecerá dado que el organismo humano reacciona de modo muy complejo y el trastorno podría ocurrir en el eslabón más débil de la adaptación al medio ambiente que lo rodea.[7]

Así como las circunstancias personales, premórbidas y del desarrollo de la persona, otro factor importante es la concepción de la imagen corporal que

www.medigraphic.com

está íntimamente ligada a la autoestima, la sexualidad, rol social, sintomatología depresiva y ansiosa; ésta castración que se vive según Freud en la edad de tres a seis años. Siendo esto uno de los impactos psicológicos más fuertes que sufra la mujer que es sometida a una excenteración pélvica.[8]

Tomando en cuenta el tema del impacto psicológico que sufren las mujeres sometidas a dicha cirugía, se sabe que no es una tarea sencilla, por lo que se parte de lo reportado en literatura.

Die Trill refiere a Bos-Branolte con su estudio realizado en 90 mujeres encontró que 28% tenía morbilidad psicopatológica; ansiedad, 34%; depresión, 28%; imagen corporal, 22%; autoestima, 36%; relación de pareja, 26%.[9]

En forma general, las alteraciones psicológicas que más comúnmente encontramos: disfunciones sexuales, la respuesta de la pareja, la influencia de variables de personalidad y culturales, en el adulto joven con pareja o sin pareja, durante las relaciones previas, historia de disfuncionalidad sexual, pérdida del deseo sexual, dispareunia, infertilidad, anorgasmia secundaria a la inhibición del deseo sexual, la fase de tumefacción y lubricación disminuida, ingesta de hormonales es concomitante a la depresión, ansiedad y angustia.

Otro de los aspectos más trastocados ante la excenteración pélvica es la imagen corporal, como dice Fernández, en 2004, no cabe duda que la apariencia física juega un papel importante en nuestra sociedad, siendo considerado por muchos como un instrumento básico para alcanzar el éxito social y laboral. Pero más importante que la apariencia externa es el sentir emocional en relación con su propio cuerpo. 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.[10] Por tanto, se considera que no únicamente es la imagen externa la que se ve dañada en estas pacientes, dado que la percepción de sí mismo involucra también el cómo se está viendo el cuerpo por dentro y si esta imagen interna está deteriorada y no bien integrada, predisponiendo así un impacto emocional.

La influencia destructiva de la enfermedad y/o el tratamiento en la apariencia, podría venir determinada por la pérdida de partes del cuerpo, desfiguramiento, adaptación a prótesis o limitaciones en las habilidades funcionales. Estos cambios difieren en función del grado de observación, permanencia, controlabilidad y extensión que provoquen. Es por ello que los cambios en cada una de estas dimensiones determine diferencias individuales.[11]

Las pacientes que son sometidas a cirugías traumáticas presentan un alto grado de distrés como una experiencia emocional displacentera, de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual y emocional), social y/o espiritual, que interfiere con la capacidad de afrontar efectivamente una enfermedad o una situación problemática en particular. El distrés se extiende a lo largo de un continuum, abarcando desde sentimientos normales y comunes de vulnerabilidad, tristeza y miedo hasta problemas que pueden llegar a ser incapacitantes, tales como depresión, pánico, aislamiento social y crisis espirituales.[12] Tomando en cuenta lo anterior muy probablemente se observarán trastornos de ansiedad, depresión; los cuales son exacerbados por procedimientos invasivos y mutilantes, aumentando a esto las complicaciones propias de dichos procedimientos, sometiendo a la paciente a una confrontación de amenaza de muerte, pero, sobre todo, a una sensación de incomplitud, vacío, inutilidad y desvalorización como mujer, que parte de toda una idiosincrasia cultural en donde la mujer es valorizada por sus órganos sexuales.

Por lo tanto, qué se esperaría de una mujer que va a ser intervenida quirúrgicamente de una excenteración pélvica y cómo va a cambiar su estilo de vida, impactando sobre todo su sexualidad y su imagen corporal y de ahí desencadenar otros trastornos de la personalidad; ¿por qué no pensar que esta experiencia traumática de la cirugía puede desencadenar las fantasías de castración? Dolto en 1992 menciona si para las niñas, el complejo de Edipo puede ser muy prolongado y si niñas mal estructuradas en lo emocional; la continuidad de dichas emociones físicas para con ella provocaría, un efecto profundo como trastornos de carácter incompatibles con la continuidad de la adaptación social. Ya que desde la edad de tres años hasta los seis o siete (edad en que la sexualidad sufre una fase de eclipse hasta la pubertad), tanto niños como niñas están sometidos a sensaciones precisas y emocionales en la zona genital. Las amenazas y descripciones castradoras son muy destructivas porque caen en un terreno sensible e indefenso.[13]

Como dice Freud, en 1939 la mujer vive faltante, asimismo, Videla, en 1997, comenta que sólo con el embarazo se sustituye, pero siempre y cuando este hijo sea varón para que puede sustituir la carencia del falo.[14,15]

Ahora bien, ¿cómo afecta en la recuperación de la paciente la sintomatología física y las complicaciones de las cirugías en el ámbito psicológico? Despierta una gran sensación de angustia, ansiedad, depresión al no sentirse la mujer que era antes de la enfermedad.

¿Qué tanto la culpa de no haber renunciado al padre, se desencadena a nivel inconsciente en la mujer y empieza a vivir la cirugía como un castigo

www.medigraphic.com

por haber mantenido en secreto el amor al padre infringiendo la ley del incesto, luego entonces la cirugía se convierte en la castración tan temida que se convierte en una realidad?

CONCLUSIONES

Los estragos causados por los cánceres cérvicouterinos en las mujeres, tanto físicos como emocionales, debido a sus tratamientos invasivos y agresivos, así como los propios de la enfermedad. Invitan a replantearse estrategias específicas, para el manejo psicooncológico de las pacientes como algo necesario; dada su vulnerabilidad emocional que lleva a dañar la imagen corporal, puesto que tiene sus orígenes en aspectos neurológicos y neuropsicológicos, como lo menciona Schilder (1950) y White (2000) es la imagen de nuestro propio cuerpo, la que nosotros nos formamos en la mente, es decir, el camino en el que aparece nuestro cuerpo para nosotros mismos.[9] Por tanto, los problemas de imagen corporal están asociados a una baja autoestima, ansiedad, autoconciencia y síntomas depresivos: incluyendo percepción, pensamientos y sentimientos.

Ahora bien, la influencia destructiva de la enfermedad, los tratamientos en la apariencia física, podría venir determinada por la pérdida de partes del cuerpo o limitaciones en las habilidades funcionales.[9]

En la niña la ausencia de pene es sentida como un perjuicio sufrido, que intenta negar, compensar o reparar.[16] Encubriéndose la fantasía de castración en diversos símbolos donde el objeto amenazado puede ser desplazado y el acto puede deformarse, sustituirse por otros atentados a la integridad física (intervenciones quirúrgicas).

Por otro lado, una segunda característica de la castración es su punto de impacto al narcisismo; ya que el falo se considera como una parte esencial de la imagen del Yo.[16] Es así que se abre una puerta de análisis y estudio a esta problemática psicooncológica, para brindar una mejor calidad de vida a las pacientes y sus familias.

RECOMENDACIONES

1. Sería importante la realización de un estudio prospectivo en el cual se puedan esclarecer las interrogantes mencionadas en el artículo.
2. Realizar un programa de apoyo psicooncológico para pacientes que van a ser sometidas a intervención quirúrgica para brindarles el apoyo necesario y disminuir en lo posible las secuelas emocionales y ayudar a su recuperación.
3. Finalmente realizar un estudio prospectivo para valorar la castración en mujeres llevadas a excenteración pélvica secundaria a cáncer cérvicouterino.

REFERENCIAS

1. Carrasco I. Programa de intervención cognoscitivo conductual para el cáncer de mama (Tesis de maestría). México, D.F.: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México; 2003.
2. Ascencio L. Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. (Tesis de maestría). México, D.F.: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México; 2001.
3. Escalón C, Benitez MG, Navarrete J, Vazquez MJC, Martínez OG, Escobedo J. Epidemiology of cervical at the mexican institute of social seg. Sal Pub Mex 1992; 34(6): 607-14.
4. Coronel P, Coronel P. Ginecología oncológica. Universidad Veracruzana; 2005.
5. Retrepo L. Breviario de definiciones relaciones con delitos contra la libertad, integridad sexuales. Universidad de Remington, Facultad de Psicología; 2001.
6. Dolinsky C. Cáncer cervical: los fundamentos. Abramson Cancer Center of the University of Pennsylvania; 2006.
7. Disaia P, Creasman W. Ginecología oncológica. Argentina: Panamericana; 1991, p. 91-8.
8. Freud S. Obras completas, de la histeria de una neurosis infantil (el hombre de los lobos) y otras obras. Tomo XVII. Argentina: Amorrortu; 1997, p. 67-81.
9. Olivares M. Tumores ginecológicos. En: Psicooncología. España: Adés; 2003, p. 249-59.
10. Fernández A. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Psicooncología (España) 2004; 1(2-3): 169-80.
11. Olivares M. Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. Avances en Psicología Latinoamericana (España) 2004; 22: 29-48.
12. Almanza J. Psico-oncología: El abordaje psicosocial integral del paciente con cáncer (Artículo de revisión). Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría 1994-2001: Número especial: 35-43.
13. Dolto F. La dificultad de Vivir. Vol. 1. La familia y sentimientos. El psicoanalista y la prevención de la neurosis. España: Gedisa: 1992.
14. Freud S. Obras completas, fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). Tres ensayos de la teoría sexual y otras obras. Tomo VII. Argentina; Amorrortu: 1997, p. 157-88.
15. Videla M. Maternidad mito y realidad. Buenos Aires: Nueva Visión: 1997.
16. Laplanche J, Pontalis B. Diccionario de psicoanálisis. España: Labor, S.A.; 1993.

Recibido: Octubre 26, 2006.
Aceptado: Diciembre 8, 2006.

www.medigraphic.com