

Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología

LA SEXUALIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER: ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE SU EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Dr. Jorge A. Grau Abalo,¹ Lic. María del C. Llantá Abreu,² Lic. Margarita Chacón Roger³ y Dr. Gilberto Fleites González⁴

RESUMEN

El tema de la sexualidad en pacientes con cáncer ha sido tradicionalmente poco tratado en la literatura especializada, a pesar de que constituye una preocupación real y vigente en muchos enfermos a consecuencia directa de la enfermedad, de los tratamientos o del impacto emocional que ambos generan, que pueden exacerbar crisis o problemas de pareja preexistentes. En el presente artículo se hace una revisión panorámica de los factores que pueden interferir con la vida sexual del paciente con cáncer y de su pareja, sobre la base de la insoluble vinculación de factores orgánicos, psicoemocionales y socioculturales. Se describen los principales trastornos en las fases del ciclo de la respuesta sexual humana en hombres y mujeres, reseñando brevemente las principales afectaciones asociadas a algunas localizaciones. Se hacen consideraciones generales concernientes a la evaluación y al tratamiento de estos trastornos, se señalan los principales métodos a emplear. Finalmente, se examinan algunas de las particularidades de la evaluación y manejo de estos problemas en pacientes con enfermedad avanzada.

Descriptores DeCS: TRASTORNOS SEXUALES/psicología; CONDUCTA SEXUAL/psicología; NEOPLASMAS/psicología; DOLOR.

Las necesidades y sentimientos relacionados con la sexualidad en el enfermo de cáncer no han sido una preocupación habitual en la práctica cotidiana, es un tema poco frecuente en los libros y reportes de-

dicados al diagnóstico y tratamiento del cáncer.¹ Es aún más inusual encontrarlo en los trabajos dedicados al manejo de los enfermos con cáncer avanzado. Sin embargo, es una preocupación presente en los

¹ Doctor en Ciencias Psicológicas. Especialista de I Grado en Psicología de la Salud.

² Máster en Psicología de la Salud. Investigadora Agregada.

³ Licenciada en Enfermería. Investigadora Agregada.

⁴ Especialista de I Grado en Cirugía. Investigador Auxiliar.

pacientes o un desafío para los profesionales que atienden a estos enfermos, al tratarse de un tema íntimo, de delicado manejo, pero real y vigente, que requiere de determinadas habilidades de exploración y tratamiento.

En las tentativas para evaluar la prevalencia de disfunción sexual atribuible a la enfermedad y/o al tratamiento oncológico, se han encontrado valores que oscilan entre el 35 y el 85 % en hombres y mujeres.² Los mayores valores están dados en los pacientes con afecciones ginecológicas (en el caso de la mujer) y genitourinarias (en los hombres).

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, que puede

adoptar diversas modalidades de presentación.³

El objetivo de este artículo es examinar distintos aspectos relacionados con dificultades en la esfera sexual en enfermos de cáncer, a fin de ofrecer algunas consideraciones sobre su evaluación y manejo en la práctica oncológica cotidiana, con énfasis especial en aquellos pacientes con enfermedad avanzada.

DESARROLLO

LOS TRASTORNOS SEXUALES EN LOS PACIENTES CON CÁNCER

Para enfocar los problemas sexuales en pacientes con cáncer se recurre comúnmente al ciclo de la respuesta sexual humana,⁴ que consta de 4 fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución. 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. Los tratamientos oncológicos pueden dañar una o más de las fases de la respuesta sexual al afectar emociones, componentes centrales o periféricos del sistema nervioso, el sistema vascular pélvico y el eje hipotálamo-pituitario-gonadal.

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. Es raro ver un aumento del deseo sexual como un problema, a menos que el paciente tenga un episodio maníaco o quizás haya tenido un daño cerebral que le provoca en consecuencia una desinhibición de la conducta sexual.⁵ Algunos pacientes con cáncer, especialmente mujeres, desarrollan aversión a la actividad sexual con elementos fóbicos.⁶

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.

La hormona que mayor influencia tiene en la respuesta sexual humana es la testosterona, llamada hormona de la libido y también, erróneamente, hormona masculina. De igual forma que el estrógeno, está presente tanto en hombres como en mujeres, aunque en proporciones diferentes. En las mujeres es producida por las glándulas suprarrenales y los ovarios, siendo esta última la fuente más frecuente.⁷ Las situaciones que conllevan una disminución de los niveles de testosterona pueden provocar una disminución del deseo sexual, entre ellas: pacientes con tratamiento hormonal por cáncer de próstata metastásico, enfermos jóvenes tratados por cáncer de testículo o linfomas y mujeres ooforectomizadas. Cuando se extirpa una glándula suprarrenal o los ovarios, las mujeres reportan una reducción dramática en el interés sexual, la sensación y la frecuencia del orgasmo.⁸ Algunos de estos pacientes se pueden beneficiar con terapia hormonal sustitutiva.⁹

Los trastornos afectivos aparecen con mayor frecuencia en los pacientes con cáncer, y constituyen causa frecuente de pérdida del deseo sexual en éstos.^{2,10,11}

La pérdida situacional del deseo usualmente indica conflicto marital. Varios estudios sugieren que el diagnóstico del cáncer no produce trastornos maritales en las parejas felices, pero puede exacerbar conflictos ya existentes. A veces la pareja pierde el deseo por el paciente a causa de que la intimidad del sexo es dolorosa.³

La aversión al sexo se produce en el paciente o su pareja si el diagnóstico del cáncer reactiva un trauma sexual pasado, tal como violación, estupro o incesto. El cáncer puede ser experimentado como una nueva violación de la integridad corporal.² Se ha visto aversión también en pacientes o su pareja que consideran que el cáncer es contagioso a través del contacto sexual.

Entre los problemas de la fase de excitación sexual en los hombres se distingue la disfunción eréctil, o sea, problemas relacionados con el logro o el mantenimiento de las erecciones, que constituyen la causa más común de la búsqueda de atención o asesoría. Los tratamientos contra el cáncer, desafortunadamente, pueden dañar el reflejo de erección a través de una serie de mecanismos. Las causas hormonales de poco deseo sexual, señaladas anteriormente, constituyen dificultades para que estos pacientes logren la erección. Algunos sin embargo, aquéllos por debajo de los 50 años de edad, pueden lograr erecciones normales aún con niveles insuficientes de testosterona.¹² La insuficiencia vascular se considera una causa común de disfunción eréctil, en pacientes añosos. Ésta puede estar provocada por el tumor en sí, así como por la terapéutica oncoespecífica (especialmente la radioterapia sobre la pelvis). La causa neurológica más común de disfunción eréctil en el tratamiento del cáncer es el daño al plexo prostático durante la cirugía pélvica radical (cistectomía y prostectomía radical, resección abdominoperineal del recto, linfadenectomía retroperitoneal por tumores testiculares).

Después de la resección abdominoperineal las tasas de disfunción eréctil oscilan entre un 15 y un 80 %, según varias series de casos reportados.^{13,14} El estadio en que está el tumor no predice la recuperación de la erección, pero como sucede con otras operaciones radicales

pélvicas, los hombres jóvenes tienen más probabilidades de recuperarse completamente. Los que fueron sometidos a una resección anterior baja tienen una baja incidencia de disfunción eréctil posoperatoria que aquéllos que recibieron una resección abdominoperineal: *La Monica y otros*¹⁵ han reportado un 55 % de problemas de erección después de resección abdominoperineal comparado con un 20 % después de una resección anterior baja. En otra serie de casos las tasas respectivas fueron del 67 y el 30 %.¹⁶

Otras causas de disfunción eréctil neurogénica en pacientes con cáncer incluyen neuropatía autonómica, por ejemplo luego de quimioterapia e inmunoterapia. Por supuesto, el cáncer que involucra la médula espinal tiene el potencial de dañar los centros nerviosos que controlan la erección. Los médicos tienen que ser cuidadosos a la hora de atribuir los problemas de erección a efectos iatrogénicos del tratamiento oncoespecífico, pues la mayoría de los pacientes oncológicos están en grupos de avanzada edad y muchos de éstos tienen otros problemas de salud que pueden afectar la erección.³ La enfermedad cardiovascular y los tratamientos antihipertensivos son fuertes predictores de disfunción eréctil.

La mayoría de los problemas de erección en pacientes con cáncer tienen una base psicológica. Los conflictos maritales, el sentirse estigmatizado por el cáncer y la ansiedad por la relación sexual, son antecedentes comunes de disfunción eréctil psicógena.³

Los problemas de excitación sexual en la mujer tienen mayor relación con otros trastornos. La falta de excitación sexual subjetiva y de placer está a veces ligada a problemas físicos tales como menor expansión vaginal y capacidad reducida de lubricación de la vagina. Las 2 mayores cau-

sas fisiológicas de problemas de excitación en las mujeres con cáncer son: menopausia prematura e irradiación pélvica. Algunos tratamientos llevan a la menopausia prematura, entre ellos la radioterapia y la quimioterapia. Constituye un factor pronóstico importante la edad de la mujer; las más jóvenes generalmente resisten dosis más altas de radioterapia o de citostáticos sin que se afecte la función ovárica. El grado de daño ovárico depende, además, de las drogas específicas usadas, así como de la dosis.¹⁷

Los síntomas de fallo ovárico prematuro y abrupto son más severos que los de la menopausia natural y esto, obviamente afecta el bienestar de la mujer, al provocar una disminución del deseo sexual.³ El síntoma de la esfera sexual más sobresaliente es la reducida lubricación y expansión vaginal, con un coito seco y doloroso. Con frecuencia la mujer presenta lastimaduras en la región vaginal y vulvar después de la actividad sexual. La atrofia vaginal puede ser también un factor que provoque irritación uretral recurrente, una fuente frecuente de dispareunia. Estos síntomas son comunes en la práctica clínica, por ejemplo, en las mujeres jóvenes que reciben tratamiento con quimioterapia por cáncer de mama o enfermedad de Hodgkin. Las mujeres con cáncer de mama tratadas con antiestrógenos pueden tener una atrofia vaginal particularmente severa.

Es criterio convencional que la mujer necesita usar un lubricante vaginal para tener un coito confortable después de haber recibido irradiación pélvica. Sin embargo, se ha demostrado al comparar mujeres sometidas a histerectomía radical *versus* mujeres con terapia radiante por cáncer cervical, que solamente la cuarta parte de cada grupo necesitó lubricación extra durante 1 año de seguimiento.¹⁸ Por supuesto, los factores emocionales pueden redu-

cir la excitación sexual, con fallo concomitante de la expansión y lubricación vaginal y son causa frecuente de los trastornos de la excitación sexual en la mujer.

Los problemas relacionados con el orgasmo constituyen otro tipo de trastorno observado, aunque con menor frecuencia. En la actualidad está demostrado que la respuesta orgásmica es más resistente al daño que la fase excitatoria, quizás porque el orgasmo depende de los nervios pudendos, más protegidos que los nervios que constituyen el plexo autonómico pélvico, que es el encargado de las funciones de la fase excitatoria. Aún cuando un hombre sufra una amputación total del pene por cáncer penoal o uretral, el orgasmo puede aún ocurrir con eyaculación de semen a través de la uretostomía.⁸ En las mujeres se ha reportado orgasmo luego de vulvectomía radical¹⁹ o exenteración pélvica.²⁰

En los hombres las quejas versan alrededor de la disminución de la intensidad del orgasmo, pueden referir una disminución en la intensidad después de un tratamiento oncoespecífico, mientras que para las mujeres la calidad del orgasmo raramente cambia.^{18,21-23}

Los hombres reportan con frecuencia que el orgasmo ocurre con menos fuerza y placer cuando el tratamiento del cáncer ha reducido el volumen de semen, ha causado orgasmo seco o ha impedido la erección. El orgasmo masculino consta de 2 fases: emisión, mediada por neuronas adrenérgicas cortas, y eyaculación, mediada por el nervio pudendo. Muy pocos tratamientos contra el cáncer dañan la fase de eyaculación, pero los nervios simpáticos que controlan la emisión son más vulnerables. Los hombres que se convierten en hipogonádicos después del tratamiento o que reciben irradiación pélvica, frecuentemente reportan una reducción en el vo-

lumen de semen que puede aproximarse a un orgasmo totalmente seco.²³ El orgasmo seco puede producirse también luego de una quimioterapia con agentes neurotóxicos.²⁴ Por supuesto, los hombres también experimentan un orgasmo seco después de cistectomía o prostatectomía radical, operaciones en las cuales la próstata y las vesículas seminales resultan removidas.

Aunque la calidad disminuida del orgasmo es una queja frecuente en los hombres tratados por cáncer, la imposibilidad total de alcanzar éste es rara, más bien está matizado por factores psicológicos y sociales que impiden alcanzarlo. Los tratamientos del cáncer raramente constituyen una causa de eyaculación precoz.

Entre el 33 y el 46 % de las mujeres tienen dificultad en lograr excitación y orgasmo, luego de una histerectomía sola o con ooforectomía.²⁵ Los mecanismos involucrados pueden ser varios: por pérdida de algunas sensaciones especiales antes y durante el orgasmo debidas a contracciones uterinas y estimulación del peritoneo pelviano, producidas por la presión del pene empujando el cuello y los dos tercios superiores de la vagina, por reducción del nivel sérico de andrógenos ante la ooforectomía o por compromiso vascular de los ovarios a causa de una histerectomía, por reducción de la lubricación al disminuir los estrógenos luego de una ooforectomía y por problemas derivados de efectos locales de la cirugía como el acortamiento de la vagina, tejido cicatrizal en la pelvis o en la cúpula vaginal con dispareunia asociada.⁸

En general, las mujeres tratadas por cáncer reportan con frecuencia que a pesar de poder alcanzar el orgasmo necesitan más estimulación que antes. Algunas investigaciones en mujeres después de haber sido sometidas a histerectomía radi-

cal,¹⁸ cistectomía radical²¹ y exenteración pélvica total,^{20,26} muestran que ellas mantienen la habilidad para tener orgasmo durante el coito, aun cuando la mayor parte de la vagina haya sido removida o reconstruida en su totalidad. Incluso, hay mujeres que sufrieron de coitos dolorosos toda su vida por enfermedades genito-urinarias, y que luego de una histerectomía, notan una mejoría notable en sus relaciones sexuales.⁸ En esto, insistimos, tienen mucho que ver variables psicosociales y socioculturales.

Además de los trastornos de las diferentes fases de la respuesta sexual en hombres y mujeres, hay que valorar los trastornos asociados al dolor por cáncer. Aún el dolor en un sitio extragenital puede interferir y constituir un distractor de los sentimientos placenteros durante la actividad sexual. La medicación analgésica con opioides puede reducir además el deseo sexual por varias vías. El dolor genital específico que se exacerba por la actividad sexual ocurre raramente en hombres con cáncer, pero es el problema sexual más común en las mujeres.^{27,28} La mayor parte de las dispareunias en las mujeres luego de un tratamiento oncológico tienen una causa física; sin embargo, los factores emocionales pueden complicar o mantener el problema, aún cuando las causas del dolor hayan sido mejoradas.²⁷

Las localizaciones tumorales que afectan de manera significativa la esfera sexual en el hombre son la próstata, el pene y los testículos; en la mujer, la mama y el cáncer ginecológico (cervical, ovárico y vulvar). En ambos sexos traen asociados dificultades de orden sexual, el cáncer de vejiga, el colorrectal y los linfomas y leucemias. Sorprendentemente, se ha escrito poco en relación con las potentes influencias sociales y psicológicas en la respuesta sexual de los hombres con cáncer

genitourinario, si se compara con la abundante literatura acerca de las afectaciones del cáncer de mama y del cáncer ginecológico sobre la imagen corporal, la identidad sexual, el estado de ánimo y el funcionamiento sexual.²⁸ Las diferencias de género en relación al desempeño sexual y la recuperación involucran expectativas de roles, autoconfianza, pasividad/actividad y control, y dependen, en gran medida, de la edad de los pacientes y los tratamientos oncológicos realizados.

Los factores socioculturales y las diferencias de creencias entre profesionales y pacientes tienen mucho que ver con la expresión de la sexualidad y sus trastornos.²⁹

Otros cánceres, como los de cabeza y cuello y el de pulmón pueden afectar considerablemente el funcionamiento sexual, al generar una amplia gama de dificultades como la fatiga, la disnea, las alteraciones de la imagen corporal y la autoestima, depresión, etcétera.

Cualquier ostomía presenta problemas no sólo por su estética (una visión inusual, no agradable, precisamente en la parte frontal del organismo), sino además, porque puede ser fuente de olores, de ruidos, e incluso de heces fecales, durante la relación sexual, por lo que se recomienda para la relación sexual de un paciente con una ostomía, que ésta se encuentre cubierta y que el enfermo se haya bañado y haya vaciado la bolsa antes de la relación.

En general, además de las particularidades reseñadas, 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.

Sería imposible describir en este artículo todos los aspectos que tienen que ver con cada una de las localizaciones señala-

das, lo que se puede revisar en la literatura existente.^{27,28} Expondremos solamente de manera esquemática algunos de los aspectos específicos que tienen que ver con la localización del cáncer y destacar las afectaciones más comunes en mujeres, en hombres y en ambos sexos (ver anexo).

En todos los casos de interferencia de la función sexual, los problemas orgánicos están indisolublemente ligados a problemas psicológicos. 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.²⁸ Todo médico debe evaluar de forma breve la esfera sexual durante la entrevista inicial y en el seguimiento. Esto se hace muy raramente y la excusa que más se da es la gran presión de tiempo,²⁷ se enmascaran otros asuntos como el hecho de que estos aspectos resultan embarazosos o el no tener una solución que ofrecer. Se debe dar la posibilidad al enfermo desde el primer momento de hablar sobre un tema tan necesario y sensible como este, y para ello, podemos estimularlo con algunas preguntas abiertas sobre el mismo. Cuando el tratamiento del cáncer cause con probabilidad problemas sexuales, las opciones de rehabilitación deben ser mencionadas al menos brevemente al momento de disponer y valorar el tratamiento.

LA EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO SEXUAL EN PACIENTES CON CÁNCER

Hay que decir que la evaluación de los pacientes con disfunciones sexuales por cáncer es un tema complejo y harto difícil. En primer lugar, porque muchas veces, la expresión de un desorden a través de la genitalidad es sólo un aspecto del problema, y generalmente detrás hay una

desadaptación afectiva trascendente.² Por otra parte, es difícil poder determinar líneas de base o de normalidad en la sexualidad humana y hay que recurrir a referencias biográficas de los sentimientos y conductas sexuales del paciente. En este caso, hay que tener en cuenta que existe una clara tendencia por muchos enfermos a sobrevalorar las conductas anteriores. Algunos trabajos demuestran que los médicos subvaloran la sexualidad de sus pacientes.²⁹

Este aspecto está asociado a la consideración de que en el ser humano, lo individual, lo psicosocial y lo cultural juegan una enorme influencia mutua en la expresión de la sexualidad, por lo que será diferente para cada país y cada estrato socioeconómico, para cada paciente, y aún para cada profesional de la salud, en particular, que no es ajeno a su historia, su sociedad y su cultura. A veces los médicos prefieren dejar en manos de otro miembro del equipo las decisiones sobre los problemas sexuales, sin embargo se estima que entre un 80 y un 90 % de los pacientes se benefician de un breve consejo sexual y no necesitan de una consulta especializada.²⁷

Se pueden ofrecer algunas sugerencias generales para la evaluación de la sexualidad en los pacientes con cáncer.^{2,27,28,30}

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 solución fácil 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. Nada es ni será igual que antes de la enfermedad o el tratamiento, aún cuando se conserven intactas las funciones sexuales, en terminos de genitalidad. Cuando se trata de mutilaciones totales o parciales y se evalúa la posibilidad de prótesis, de la cirugía reconstructiva y de otros progresos técnicos actuales, recordar siempre que todo órgano logrado no deja de ser una caricatura de lo perdido, y que esto repercute psicológicamente y también en la esfera sexual.
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. Entre los medicamentos que pueden afectar en mayor medida la función sexual, se encuentran: los quimioterápicos, las hormonas (tes-

tosterona y estrógenos), algunos antibióticos y antiparasitarios (metronidazol, por ejemplo), los anticolinérgicos y antisecretorios H2 (cimetidina), los antidepresivos tricíclicos y del tipo IMAO, neurolépticos, ansiolíticos e hipnóticos, diuréticos y drogas antihipertensivas, especialmente beta-bloqueadoras (reserpina, digital, metildopa, hidroclorotiazida, espironolactona, clortalidona), anfetaminas, etcétera. Otros productos: el alcohol, la cocaína y los alucinógenos, pueden afectar la respuesta sexual en diferentes fases.

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

Al evaluar las disfunciones sexuales en el paciente con cáncer podrán utilizarse diferentes métodos: además del examen físico completo y exámenes complementarios, otros procedimientos como la entrevista breve focalizada y el uso de cuestionarios especiales. En la entrevista breve de evaluación sexual es preciso conocer los problemas específicos que tiene el paciente, así como los factores etiológicos presentes, con el objetivo de planificar el tratamiento. Con frecuencia el paciente con cáncer tiene múltiples disfunciones sexuales con un rango de causas que interactúan para hacer los problemas más severos. Un buen plan de tratamiento requiere más de una modalidad, ya que más de un problema debe ser atendido. Se recomienda la entrevista en que participe la pareja, ya que se facilita la discusión de algunos temas

que son de mutua competencia; sin embargo, puede haber otros aspectos más difíciles de manejar en pareja (asuntos financieros, masturbación u otros secretos).^{27,31} Si el tiempo lo permite se sugiere unos minutos más con cada integrante de la pareja por separado para tener una idea más completa en áreas sensibles. Esta información, por supuesto, es confidencial.

En la medida en que se sea abierto al hablar de la sexualidad con sus pacientes, se podrá obtener mayor información útil para el diagnóstico y tratamiento. Se debe interrogar sobre la frecuencia del sexo antes y después del diagnóstico de cáncer, en qué forma logran el orgasmo (en el coito o con las caricias manuales u orales), en qué medida el tratamiento contra la enfermedad ha afectado la sexualidad, la forma de aparición del trastorno sexual (si es brusca o gradual), en qué situaciones de la vida aparece, entre muchos otros aspectos a tener en cuenta.^{27,28}

Se debe preguntar acerca de los factores emocionales en la historia del paciente, así como las estrategias actuales en la lucha contra el cáncer que puedan tener un impacto en la sexualidad. El médico debe estar familiarizado con los criterios diagnósticos de la depresión y como ésta se presenta en los enfermos con cáncer.^{27,28}

Los estudios de laboratorio (función tiroidea, niveles hormonales, componentes sanguíneos, determinación de glicemia) son necesarios, junto a pruebas de hemodinámica vascular, la electroencefalografía y electromiografía y otros exámenes especiales.

Reiteramos que la función sexual del paciente también depende de las normas sociales y los factores de parentesco (grupo étnico, religión, familia inmediata). Éstos no pueden ser descuidados.^{2,27,28,30}

El uso de cuestionarios para ser llenado por los pacientes puede a veces salvar

un tiempo valioso. Cuando se utilizan los cuestionarios para tamizar un gran número de éstos, es posible identificar a aquellos con altos niveles de distrés sexual, marital o psicológico. Éstos pueden ser entonces sometidos a una entrevista de evaluación más detallada. Aún así, los cuestionarios raramente pueden dotar de la línea base o curva de normalidad deseada para evaluar los cambios en el patrón de respuesta sexual.² La información obtenida, tanto por los cuestionarios como por la entrevista, no debe formar parte de la historia clínica, sino permanecer en ficheros aparte, guardados con privacidad.²⁸ Algunos cuestionarios han resultado particularmente útiles son.²⁷

- El formato de historia sexual (*sex history form*), que mide la función sexual,
- El inventario de ajuste de la pareja (*dyadic adjustment inventory*), que explora la satisfacción marital,
- El inventario breve de síntomas (*brief symptom inventory*), que evalúa el distrés,
- La escala de ajuste psicológico a la enfermedad (*psychological adjustment to illness scale*), para el distrés relacionado con la enfermedad,
- El inventario para situaciones problemáticas en cáncer (*cancer inventory of problem situations*), que mide el ajuste al cáncer.

Muchos otros instrumentos de calidad de vida en pacientes con cáncer incluyen el área de sexualidad.^{32,33} [Grau Abalo J. Calidad de vida y salud: problemas en su investigación. (Tesis de Grado de Especialista en Psicología de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García", Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, 1997)]. El profesional debe ser cauteloso al diferenciar la calidad de vida general con la calidad de la satisfacción sexual, en especial por la tendencia de algunos pacientes a genitalizar su problema

o infelicidad después de la enfermedad o los tratamientos.

En resumen, se puede decir que la evaluación de éstos incluye un interrogatorio exhaustivo, un examen físico completo, cuestionarios especiales, exámenes complementarios (conteo sanguíneo completo, determinación de niveles séricos hormonales y técnicas de imágenes), evaluaciones neurológica, psicológica y vascular detalladas.

EL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS SEXUALES EN PACIENTES CON CÁNCER

El tratamiento de los problemas sexuales en los pacientes con cáncer depende de los factores causales interactuantes,^{27,28} 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.

El consejo sexual breve constituye la espina dorsal de la rehabilitación sexual. Incluye 5 componentes: educación sexual, cambio de actitudes maladaptativas, consejos para obtener un sexo agradable, minimización de las limitaciones físicas y resolución de conflictos maritales relacionados con el tratamiento del cáncer.

Las técnicas de educación sexual satisfacen las necesidades más apremiantes de los pacientes con cáncer: conocer cómo funcionan sus cuerpos y cómo el tratamiento del cáncer cambia esta función. En este sentido se han desarrollado varios modelos genitales tridimensionales que muestran la anatomía interna y externa y constituyen una valiosa herramienta educativa.

Tanto hombres como mujeres pueden tener dificultades en la identificación de algunos de sus órganos sexuales, así como su función, por ello en determinados tipos de cáncer los pacientes manifiestan concepciones erróneas en relación a su enfermedad y la evolución ulterior. Incluso en tumores de órganos no genitales, el impacto sexual del tratamiento es mejor comprendido cuando se tiene una idea más clara de la anatomía y fisiología del órgano afectado.

Los métodos para cambio de actitudes son útiles porque los pacientes con frecuencia creen mitos con relación a la sexualidad y al cáncer. El temor al contagio de la enfermedad y el hecho de considerar que el orgasmo coital es el único tipo normal de conducta sexual son algunos de estos mitos. Deben respetarse las preferencias fuertes y las elecciones basadas en asuntos religiosos. La función terapéutica no es hacer labor proselitista o de predicar, sino sugerir alternativas.

Los consejos para recuperar el sexo los ayudan a discutir sus deseos para recuperar el sexo con el otro. Los ejercicios usados en la terapia sexual proporcionan una organización ideal para alcanzar el sexo adecuado.

La minimización de las limitaciones físicas es particularmente valiosa en el tratamiento de muchos que han sufrido la pérdida de una parte de su cuerpo, como la amputación de un miembro, una vulvectomía, penectomía o mastectomía. El dolor crónico, la fatiga, la falta de movilidad son secuelas comunes de la enfermedad avanzada o del tratamiento sistémico. En lugar de esperar a que la relación sexual ocurra espontáneamente, éstos tienen que planificarla para cuando se sientan más capaces, menos sintomáticos. La posición para hacer el amor es un aspecto importante a tener en cuenta, si bien

no existe una posición correcta para todos. Un grupo de pacientes con necesidades especiales son los que padecen tumores de cabeza y cuello. Muchos tienen deformidades faciales que afectan la autoestima y la percepción por otros. Una laringectomía interfiere con la comunicación y presenta problemas de olores y descargas mucosas si éste no es cuidadoso. Es necesario dedicar más esfuerzos al desarrollo de técnicas de rehabilitación sexual para aliviar estos problemas.

La resolución de conflictos maritales relacionados con el cáncer es una ayuda que se da a la pareja al hablar sobre áreas de conflicto y constituye un importante paso en la resolución de los problemas. Para que el matrimonio continúe después de un diagnóstico de cáncer es necesario que ambos miembros de la pareja cambien, la relación se ve muy afectada si uno de los miembros de la pareja crece, en el orden espiritual, y el otro no.³⁴ Por eso, ambos miembros de la pareja deben trabajar activamente en un crecimiento espiritual conjunto; si ello puede lograrse, sería la mejor solución. En el peor de los casos, es un tiempo empleado de forma interesante y estimulante. Lo más usual es que ambos miembros de la pareja acepten con facilidad el concepto de que el cónyuge 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 cónyuge no coopere en esto. Si el matrimonio está muy deteriorado, ambos miembros deben saber que su disolución sería lo mejor para ambos.³⁴

El sentido común ayuda a proponer soluciones, tales como sugerir a una pareja exhausta ir a dormir a su casa el fin de semana en lugar de hacerlo en la habitación del hospital.

Entre un 10 y un 20 % de todos los pacientes padecen disfunción sexual severa que demanda habilidades especiales por parte de un terapeuta sexual entrenado y el uso de técnicas de terapia sexual intensiva.³⁵ Las indicaciones más frecuentes para este tipo de tratamiento son los problemas sexuales que proceden al diagnóstico del cáncer y que constituyen aún fuente de estrés, los problemas sexuales relacionados con conflictos maritales severos, un trastorno que no responde al consejo sexual breve, o un problema sexual que el paciente enfrenta con pocos recursos psicológicos.

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. Las técnicas de terapia sexual, combinadas con técnicas cognitivo-conductuales, como la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en nuevas habilidades de afrontamiento, que han sido usadas en otras enfermedades crónicas, pueden ser útiles en el tratamiento de las disfunciones sexuales relacionadas con el cáncer, en función de los resultados de la rehabilitación médica o quirúrgica, como en las reconstrucciones mamarias o el tratamiento de disfunciones eréctiles con alto peso de los componentes orgánicos.^{27,31,35,36}

Otro asunto es el tratamiento de la disfunción eréctil de componentes orgánicos significativos. La mayoría de los pacientes con disfunción eréctil orgánica serán candidatos para 2 formas de tratamiento como la inyección intracavernosa y la implanta-

ción de prótesis peneana. Para descripción más detallada remitimos a los lectores a la consulta de la bibliografía recomendada.^{27,28}

En contraste con los tratamientos específicos para los problemas sexuales en los hombres, las intervenciones en las mujeres han estado más restringidas a terapias para cánceres específicos.³ Entre estas intervenciones cabe destacar la reconstrucción mamaria (aunque no sea la motivación sexual la primaria para la mayoría de las candidatas), la cirugía reconstructiva vaginal ante la vulvectomía o la viginectomía, tratamientos medicamentosos para quienes presentan menopausia prematura después de los tratamientos para el cáncer (especialmente terapias hormonales locales), supositorios lubricantes, etcétera. Un punto importante es atender a los aspectos psicológicos de la rehabilitación sexual tanto como a los físicos.

Especial atención se ha prestado a la mujer con cáncer de mama. En los primeros días luego del diagnóstico, una mujer necesitará más que nunca la atención de su esposo o pareja, también él tendrá que tratar con el cáncer un día tras otro.³⁷ En realidad, después del diagnóstico, su esposo y su pareja ya no serán los mismos, cada vez que la mire, a su mente acudirá la palabra cáncer. Es recomendable que si no se quiere hablar sobre la enfermedad, se le diga a la gente que le rodea, escogiendo cuidadosamente a quién quiere hablarle sobre ella y los problemas que trae asociados.

Tras la mastectomía, la mujer y su cónyugue deben tratar de reducir sus inhibiciones sexuales, de hablar abiertamente sobre sus ansiedades. No puede darse un consejo único, ya que cada mujer es única y tiene una relación única con su pareja. Hay mujeres que han empezado una relación duradera, por primera vez, luego de una operación por cáncer de mama.³⁷

El consejo, la terapia de pareja, las técnicas de terapia sexual basadas en la focalización sensorial, y en general, la psicoterapia dirigida a la solución de conflictos vitales, familiares y matrimoniales, son recursos vitales para que el tratamiento integral de los problemas sexuales en la mujer con cáncer sean exitosos. Se sabe que es muy corto el tiempo que los pacientes pasan en la consulta de psicoterapia, en comparación con el tiempo y la energía que los enfermos pasan interactuando con sus seres queridos. Por tanto, luego del diagnóstico de cáncer, es de la mayor importancia que la familia se convierta, todo lo más posible, en una fuerza positiva para el crecimiento espiritual del paciente.³⁴ Al apoyarnos en la familia, y especialmente en el cónyugue, al involucrarlo como un agente estabilizador de la felicidad familiar, y a la vez, propulsor del cambio necesario ante las nuevas situaciones, garantizaremos un tratamiento más integral y abarcador, que desborde la sexualidad y permita alcanzar niveles superiores de bienestar, satisfacción y felicidad. Luchar por ello no es una utopía, es una meta alcanzable para la superación de problemas sexuales en el marco de una relación armónica de amor y crecimiento espiritual.

LA SEXUALIDAD EN EL PACIENTE TERMINAL

La mayoría de los pacientes en estadio terminal han atravesado por un período más o menos largo en el cual se han manifestado cambios en su funcionamiento sexual, en cualquiera de las modalidades descritas. Todo lo expresado acerca de la valoración y el manejo del funcionamiento sexual es vigente también para el enfermo terminal. A pesar de lo que comúnmente pueda creerse, el estadio terminal

por sí mismo no disminuye necesariamente el interés sexual; por el contrario, puede acrecentarse la necesidad de cercanía física y de ser reconocida su condición de ser humano sexualmente deseable, aún cuando sea totalmente imposible la realización del coito.³ Lamentablemente, no existe suficiente literatura disponible acerca de los problemas sexuales de los pacientes con cáncer avanzado.

Es obvio que existen limitaciones reales a la satisfacción sexual: clima de tensión en la pareja, efectos secundarios de los tratamientos, problemas de privacidad, debilidad y deterioro creciente, temores del cónyuge a hacerle daño o a solicitar algo indebido al paciente, etcétera. En este estadio, más que antes, los problemas de desadaptación afectiva se imbrican con los determinantes orgánicos,² formando un todo único y complejo, que debe ser cuidadosamente evaluado por los profesionales del equipo de cuidados paliativos. Por otra parte, la declinación en la frecuencia o capacidad para el acto sexual no debe interpretarse directamente como un indicador negativo en la relación de pareja y en el funcionamiento sexual global. Es común que aparezcan espontáneamente reorientaciones de la sexualidad hacia otros modelos en la relación de pareja, con modalidades muy singulares de convivencia marital o de adaptación afectiva. La desaparición de iniciativas sexuales y la adopción de actitudes más pasivas, cuando no resulta factible el patrón de funcionamiento sexual precedente, puede ser un signo de ajuste, favorecedor del bienestar emocional, que engloba y desborda la sexualidad.

Ante la evaluación del funcionamiento sexual en el paciente terminal, además de las recomendaciones generales para explorar esta esfera en cualquier estadio del cáncer, es importante enfatizar que lo pri-

mario 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. No podremos sobrecargar a este enfermo con cuestionarios y exámenes que podrían ser útiles en otras etapas de la enfermedad. El mejor marco de evaluación es el de las entrevistas que desarrollan con él los miembros del equipo de salud que lo atienden.³

Al examinar los problemas del manejo de la sexualidad en esta etapa final de la vida es necesario tener en cuenta que la simple indicación de reanudar las relaciones sexuales, siquiera de afirmar categóricamente que no es dañina y si es posible, no siempre es psicoterapéutico. Esta indicación podría correr el riesgo de no ser realista, pero además, atrae la atención del paciente sobre una parte de su problema. Es más justificado incitar a un reconocimiento, revisión, reforzamiento o reafirmación de la vida afectiva del paciente, de la relación con su pareja. Lo sexual podrá surgir como consecuencia, aunque no siempre podrá solucionarse, total o parcialmente, y en función de múltiples circunstancias. Tratar las disfunciones sexuales en estos enfermos puede ser muy difícil, si no imposible, si no intentamos comprenderlo a plenitud, integrarlo con su entorno psicosocial, especialmente familiar, apoyarlo y acompañarlo en el resto de sus sufrimientos y preocupaciones. Así cualquier terapia o intento de recuperación sexual en un paciente en la etapa final de su vida, tienen que estar entronizados en el enfoque, estrategias y acciones de los cuidados que se le brindan. 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, llevar a la satisfacción de las necesidades de este paciente en esos momentos.³ Hay que concebir aquí a la sexualidad en su más abierta y flexible expresión.

Una considerable cantidad de pacientes terminales, que aún no se encuentran en período preagónico, pueden desplegar juego y maniobras de obvio contenido sexual. Algunos programas dirigidos a personas ancianas con enfermedad avanzada enfatizan en la necesidad de involucrar determinados ejercicios, nutrición adecuada y autoestima, vinculadas a estrategias para facilitar la actividad sexual.³ En ellos pueden ser valoradas algunas técnicas de *Kaplan*,³⁹ asociadas a consejería. Lo más importante es orientar en ellos conductas

sexuales alternativas, en el mayor contexto posible de amor genuino.

CONCLUSIONES

Las consideraciones acerca de la sexualidad que se han planteado son en gran medida extensivas a hombres y mujeres que tienen cáncer y reciben tratamientos oncoespecíficos curativos o cuidados paliativos. El manejo y tratamiento de los problemas sexuales en éstos deberá ser consecuente con los resultados de una evaluación cautelosa y bien orientada, combinando diferentes métodos, la mayoría de ellos al alcance del médico de cabecera y de todos los profesionales del equipo. Información adecuada, estímulo de los lazos afectivos, un equipo sanitario adecuado y entrenado, la valoración de experiencias de otras personas, son puntos importantes para cumplir con el objetivo de orientar la satisfacción sexual del enfermo y brindar una buena calidad de vida en esta esfera al paciente con cáncer.

ANEXO *Afectaciones en mujeres*

Localización	Edad	Significación	Afectaciones
Mamas	De cualquier edad	Significación emocional y sexual de las mamas.	Preocupaciones de apariencia: cicatriz, prótesis, reconstrucción Ante tratamiento quirúrgico: pérdida de la mama. Ante quimioterapia: pérdida de función ovárica. En pacientes jóvenes: abortos posibles luego de tratamientos.
Ginecológico	Pacientes de cualquier edad	Significación emocional, sexual y reproductiva de órganos genitales.	Ante cirugía: pérdida de útero, ovarios, vagina o genitales externos. Ante quimioterapia: pérdida de función ovárica y algunas preocupaciones de apariencia. Ante radioterapia: fibrosis y resecaimiento de vagina. Disfunción sexual: miedo al dolor, otras preocupaciones.

Afectaciones en hombres

Localización	Edad	Significación	Afectaciones
Testicular	Hombres jóvenes	Significación emocional, sexual y reproductiva de los testículos.	Preocupaciones de apariencia: prótesis, relacionadas con la quimioterapia. Tratamiento (quimioterapia, cirugía) pueden causar esterilidad, cambios en eyaculación. Cambios en caudal de esperma.
Vejiga y próstata	Hombres de mayor edad	Potencia efecto de la edad en la erección.	Ante cirugía: alta incidencia de impotencia. Impacto de las ostomías, aunque sean transitorias

Afectaciones en ambos sexos

Localización	Edad	Significación	Afectaciones
Colon y recto	Pacientes de mayor edad		Ante cirugía: alta incidencia de impotencia. Impacto de las ostomías, aunque sean transitorias.
Linfomas, leucemias	Pacientes jóvenes	Tratamientos prolongados y estresantes	Preocupaciones de apariencia: relacionadas con la quimioterapia. Tratamientos (quimioterapia, radioterapia) pueden causar esterilidad, pérdida de la función ovárica

SUMMARY

The topic of sexuality has been rarely approached in the specialized literature, in spite of the fact that it is a present and real preoccupation for many patients as a direct consequence of the disease, of the treatments or of the emotional impact generated by both that may exacerbate the crisis or the preexisting problems of the couple. In the present paper, it is made a review of the factors that may interfere with the social life of the patient with cancer and his partner on the base of the indissoluble link of organic, psychoemotional and sociocultural factors. The main disorders observed in the phases of the cycle of human sexual response in men and women are described. The fundamental affectations associated with some localizations are briefly stressed. General considerations concerning the evaluation and treatment of these disorders are made. The most important methods to be used are mentioned. Finally, some of the particularities of the evaluation and management of these problems in patients with advanced disease are examined.

Subject headings: SEX DISORDERS/psychology; SEX BEHAVIOR/ psychology; NEOPLASMS/psychology; PAIN.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lazzarini H. Cáncer y sexualidad. *Revista Yo, Paciente Oncológico* 1997;1(2):5.
2. Schavelzon J. Desadaptación afectiva, sexualidad y cáncer. En: Schavelzon J, ed. *Psique*. Buenos Aires: Científica Interamericana, 1992:258-74.
3. Grau J, Jiménez PJ. La sexualidad en el enfermo de cáncer. En: Gómez Sancho M. ed. *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*, 2 ed. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS, 1988:67-89.
4. Master WJ, Johnson VE. *Human sexual inadequacy*. Boston: Brown, 1970:102-6.
5. Miller BL, Cummings JL, McIntyre H. Hypersexuality or altered sexual preference following brain injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1986;49:867-63.
6. Kaplan HS. Sexual aversion sexual phobias, and panic disorder. New York: Brunner/Maxel, 1987:36-7.
7. Longcope C. Steroid production in pre-and postmenopausal women. En: Greenblatt RB, Mahesh V, McDonough R, eds. *The menopausal syndrome*. New York: Medcom, 1974:99-102.
8. The Boston Women's Health Book Collective. *The new our bodies, ourselves. A book by and for women*. New York: Simon and Schuster, 1992:
9. Bancroft J, Sanders D, Davidson D. Mood, sexuality hormones, and the menstrual cycle: sexuality and the role of androgens. *Psychosom Med* 1983;45:509-16.
10. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J. The prevalence of psychiatric disorder among cancer patients. *JAMA* 1983;249:751-7.
11. Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 1984;46:199-212.
12. Schover LR. Sexuality and fertility in urologic cancer patients. *Cancer* 1987; 60 (Suppl):553-8.
13. Balslev Y, Harling H. Sexual dysfunction following operation of carcinoma of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1983;26:785-8.
14. Yeager ES, Heerden JA Van. Sexual dysfunction following proctocolectomy and abdominoperineal resection. *Ann Surg* 1980;191:169-70.
15. La Monica G, Audisto RA, Tamburini M. Incidence of sexual dysfunction in male patients treated surgically for rectal malignancy. *Dis Colon Rectum* 1985;28:937-40.
16. Williams NS, Johnston D. The quality of life after rectal excision for low rectal cancer. *Br J Surg* 1983;70:460-2.
17. Suttcliffe SB. Clinical problems and their management: clinical problems in females with lymphoma En: *Proceedings of Workshop on Psychosexual and Reproductive Issues of Cancer Patients*. New York: American Cancer Society, 1987:54-61.
18. Schover LR, Fife M, Gershenson DM. Sexual rehabilitation and treatment for early stage cervical cancer. *Cancer* 1989; 63:204-12.
19. Andersen BL, Hacker NF. Psychosexual adjustment after vulvar surgery. *Obstet Gynecol* 1983;62:457-62.
20. _____. Psychosexual adjustment following pelvic exenteration. *Obstet Gynecol* 1983;61:331-8.
21. Schover LR. Sexual function in female radical cystectomy: a case series. *J Urol* 1985;134:465-8.
22. Schover LR, Evans RB, Eschenbach AC von. Sexual rehabilitation and male radical cystectomy. *J Urol* 1986;136:1015-7.
23. Schover LR, González M, Eschenbach AC von. Sexual and marital relationships after radiotherapy for seminoma. *Urology* 1980;27:117-23.
24. Nijman JM. Some aspects of sexual and gonadal function in patients with non seminomatous germ-cell tumor or the testis (disertation). *Drukkerij Van Denderen BV*, 1987:29-4.
25. Zussman L, Zussman S, Sunley R. Sexual response after hysterectomy-oophorectomy: recent studies and reconsideration of psychogenesis. *Am J Obstet Gynecol* 1981;40:725-9.
26. Edwards CL, Loeffler M, Rutledge FN. Vaginal reconstruction. En: Eschenbach AC von, Rodríguez DB, eds. *Sexual rehabilitation of the urologic cancer patient*. Boston: GK Hall, 1981:251-64.
27. Schover LR, Schain WS, Montague DK. Psychologic aspects of patients with cancer: Sexual problems in patients with cancer. En: *Clinical oncology: A multidisciplinary approach*, 2 ed. New York: American Cancer Society, 1989:2220-5.
28. Auchincloss SS. Sexual dysfunction in cancer patients: Issues in evaluation and treatment. En: Holland JC, Rowland JH, eds. *Handbook of psychooncology. Psychological care of the patients with cancer*. New York: Oxford University, 1989:383-418.
29. Opjordsmoen S, Waehre H, Aass N. Sexuality in patients treated for penile cancer: patientNs experience and doctorNs judgement. *Br J Urol* 1994;73(5):554-60.

30. Andersen BI. Sexual difficulties for women following cancer treatment. En: Andersen BI, ed. *Women and Cancer: psychological perspectives*. New York: Springer-Verlag, 1986:257-88.
31. Schover LR, Jensen SB. *Sexuality and chronic illness: a comprehensive approach*. New York: Guilford, 1988:168-74.
32. De Haes JCJM, Knippenberg FCE von. Quality of life of cancer patients. En: Aaronson NK, Beckman J. *The quality of life of cancer patients*. New York: Raven, 1989:402-34.
33. Grau J. La evaluación de la calidad de vida en el enfermo con cáncer avanzado. En: Gómez Sancho M, ed. *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*, 2 ed. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS, 1998:116-24.
34. LeShan L. *Cáncer as a turning point*. New York: A Plume Book, 1994:
35. Carrobes JA, Sanz A. *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1992:73-9.
36. Schover LR. Sexual rehabilitation of the ostomy patient. En: Smith DB, Johnson DR, eds. *Ostomy care and the cancer patient: surgical and clinical considerations*. Orlando: Grune & Stratton, 1986:103-20.
37. Hussain M. Consejos prácticos de la A a la Z después de cirugía por cáncer de mama. En: *ASTA médica Oncológica*, 5a ed. España: Artes Gráficas Venus SL, 1993:57-72.
38. Shell JA, Smith CK. Sexuality and the older person with cancer: *Oncol Nurs Forum* 1994;21,(7):1135-6.
39. Kaplan HS. *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza, 1974:94-9.

Recibido: 15 de octubre de 1998. Aprobado: 6 de noviembre de 1998.

Dr. *Jorge A. Grau Abalo*. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Calle 29 esquina a E, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.