

# Cáncer urológico y sexualidad: la experiencia en el cáncer de próstata

J. I. MARTÍNEZ SALAMANCA, A. ALLONA ALMAGRO<sup>1</sup>, I. MONCADA IRIBARREN

*Servicio de Urología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. <sup>1</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid*

## RESUMEN

Se ha comprobado la incidencia de la disfunción sexual tras sufrir algunos tipos de cáncer y terapias oncológicas. En el caso concreto del cáncer de próstata, se ha investigado principalmente la disfunción eréctil. Se analizan tanto los factores psíquicos como los físicos que pueden provocar la disfunción sexual y la incidencia de los diversos tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos. Evaluamos la función sexual en el cáncer de próstata en todos sus aspectos, el estado sexual actual, el funcionamiento anterior a la enfermedad, estado de la relación, independientemente que exista o no pareja en el momento actual, estado psicológico, aspectos médicos y su posterior tratamiento a todos los niveles (farmacológico, psicológico, etc.).

**PALABRAS CLAVE:** Sexualidad. Cáncer próstata. Tratamiento. Disfunción eréctil.

## ABSTRACT

*The incidence of sexual dysfunction after suffering many cancer types and oncological therapies has been confirmed. In prostate cancer specifically, erectile dysfunction was the main objective to be investigated. We analyzed psychical and physical factors that may cause sexual dysfunction and the surgical and non-surgical treatments impact. Sexual function in all aspects, has been evaluated, current sexual function, level of sexual function before diagnosis and treatment, relationship status irrespective if there is or not an available partner, psychological status, medical aspects of sexuality and their subsequent treatment at all levels (pharmacological, psychological, etc.).*

**KEY WORDS:** Sexuality. Prostate cancer. Treatment. Erectile dysfunction.

## INTRODUCCIÓN: INCIDENCIA Y TIPOS DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

La sexualidad es un fenómeno complejo y multidimensional que incluye aspectos biológicos, psicológicos, interpersonales y del comportamiento. Es importante conocer que existe una gran variedad de funcionamiento sexual normal. En última instancia, la sexualidad la define cada paciente y su pareja en un contexto de factores como el género, la edad, las actitudes personales y los valores religiosos y culturales.

Con frecuencia, muchos tipos de cáncer y terapias oncológicas se asocian con frecuencia con una disfunción sexual. Generalmente, los porcentajes de disfunción sexual después de tratamientos oncológicos fluctúan entre el 40 y el 100% (1). La literatura refleja que cerca del 50% de las mujeres que han tenido cáncer de mama sufren disfunciones sexuales prolongadas (2,3), y en una proporción similar las mujeres que han tenido cáncer ginecológico (4).

En los hombres con cáncer de próstata, la disfunción eréctil es la principal forma de disfunción que ha sido

investigada. La tasa de incidencia de disfunción eréctil fluctúa dependiendo de la fuente de información. En general, los estudios que utilizaron en su evaluación los informes de los propios pacientes, son los que contienen las tasas más altas de disfunción eréctil, oscilando entre el 60 y el 90% después de una prostatectomía radical y entre el 67 y el 85% después de radioterapia externa (5-8). La disfunción eréctil tiene menor incidencia cuando se utiliza la braquiterapia y mayor cuando el tratamiento aplicado es la crioterapia en el tratamiento del cáncer de próstata localizado (9). El 25% de los pacientes que han tenido afectación testicular por linfoma de Hodgkin, presentan problemas sexuales a largo plazo (3,10). Existen varios artículos que resumen la literatura sobre la sexualidad y el cáncer, con especial énfasis en las localizaciones de este que tienen repercusión directa en el funcionamiento sexual (11-13).

La respuesta sexual de un individuo puede verse afectada de varias maneras, y las causas de disfunción sexual suelen ser tanto fisiológicas como psicológicas. Los problemas sexuales más comunes para los pacientes oncológicos son la falta de apetito sexual en ambos sexos, disfunción eréctil en el hombre y dispareunia (dolor durante el coito) en la mujer (3). Los hombres también pueden padecer de aneyaculación (ausencia de eyaculación), eyaculación retrógrada (eyaculación que retrocede hacia la vejiga) o de incapacidad para alcanzar el orgasmo (anorgasmia). Las mujeres pueden experimentar cambios en las sensaciones genitales debido al dolor o a la pérdida de sensación o insensibilidad, así como reducción de la capacidad de tener un orgasmo. La pérdida de sensación puede ser tan angustiada para algunos individuos como la misma sensación de dolor (14,15). En la mujer, la deprivación hormonal precoz (menopausia precoz) provocada por tratamientos de quimio o radioterapia pélvica, es un antecedente frecuente de la disfunción sexual, especialmente cuando la sustitución hormonal está contraindicada (2). Con mucha frecuencia, tanto en el hombre como en la mujer el orgasmo permanece intacto, aunque puede retardarse como efecto secundario de algunos medicamentos o por ansiedad.

A diferencia de muchos otros efectos adversos del tratamiento del cáncer, los problemas sexuales no tienden a resolverse durante el primer o segundo año de supervivencia sin enfermedad (2,7,16-19). A menudo, estos problemas podrían permanecer constantes o incluso agravarse. A pesar de que no está claro cuál es la influencia de los problemas sexuales en la calidad de vida del paciente, sí se puede afirmar que estos son claramente importantes en muchos pacientes, e interfieren en el proceso de reintegración a la vida diaria tras el tratamiento.

En un estudio llevado a cabo en 48 hombres con disfunción eréctil post-prostatectomía radical, se observó que la calidad de vida se vio afectada de forma significativa, incluso en aspectos como la calidad de la intimidad sexual, las relaciones cotidianas con el sexo opuesto, su capacidad de fantasear sexualmente, y la autopercepción de su masculinidad. Al grupo de pacientes que participa-

ron en un ensayo aleatorio en el que se comparó la prostatectomía radical con la vigilancia expectante, se les pidió que completasen un cuestionario que trataba sobre los síntomas, funcionamiento psicológico y calidad de vida. A pesar que la frecuencia de pensamientos sexuales fue similar en ambos grupos, la incidencia de disfunción eréctil (cambios en las erecciones voluntarias en situaciones sexuales, erecciones al despertar y erecciones espontáneas) fue mucho mayor en el grupo sometido a prostatectomía radical (80%) en comparación con el grupo bajo vigilancia expectante (45%). Entre los hombres que se sometieron a prostatectomía radical, el 56% estaban preocupados de forma moderada o alta debido a la disminución en la función sexual, en comparación con el 40% de los hombres en el grupo de vigilancia expectante (20,21). La evaluación precoz por el especialista, la intervención terapéutica adecuada y el seguimiento son importantes para optimizar la calidad de vida y la supervivencia de estos pacientes (2,18).

#### DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA

La disfunción sexual puede ser multifactorial; a su desarrollo contribuyen factores tanto físicos como psicológicos. Los factores físicos incluyen el deterioro funcional secundario al propio tratamiento, la fatiga y dolor. Además, las terapias oncológicas, como la cirugía, la quimioterapia, radioterapia y el trasplante de médula ósea, pueden tener una repercusión directa en la función sexual (22). Los fármacos usados para el tratamiento del dolor, la depresión y otros síntomas pueden contribuir a la disfunción sexual. Entre los factores psicológicos figuran las creencias equivocadas sobre el origen del cáncer, el sentimiento de culpabilidad relacionado con estas creencias, la depresión coexistente, los cambios en la imagen corporal después de la cirugía y las tensiones en las relaciones personales que ocurren de manera secundaria la enfermedad (3,23). A menudo se considera que un aumento en la edad va relacionado con la disminución del deseo y rendimiento sexual; sin embargo, en un estudio, los hombres de edad avanzada coincidieron en que el sexo es importante para mantener la calidad de sus vidas, que el rendimiento es algo que pueden mantener aún a los 70 y 80 años y que los trastornos sexuales son preocupantes para ellos (24).

Con respecto al tratamiento del cáncer de próstata localizado existe un gran interés en ver si la nueva técnica que preserva los nervios en la prostatectomía radical tiene más o menos éxito en la conservación de la función eréctil que la radioterapia externa. Una encuesta realizada en 1994 sobre práctica urológica halló que el 95% de los urólogos de una muestra aleatoria consideraban que la cirugía era el tratamiento preferido para el cáncer localizado de próstata en hombres menores de 70 años (25). Según se han ido acumulando encuestas de seguimiento de grandes grupos de pacientes sometidos a prostatectomía radical, los porcentajes que recuperan las erecciones funcionales (suficientemente fir-

mes para permitir la penetración en la mayoría de las ocasiones) varían entre el 10 y el 40% y tras radioterapia externa del 15 al 33% (5-9). Estudios retrospectivos de cohortes han proporcionado pruebas que indican una potencia superior en los resultados cuando se utilizan técnicas quirúrgicas de preservación neurovascular bilateral (26,27).

Otros estudios indican que la radioterapia externa conformacional puede ser superior a la prostatectomía radical en la preservación de la función eréctil (16-18,28-30). Los índices de potencia suelen estar generalmente dentro de un intervalo de entre el 30 al 60% (6,31-33).

Los hombres con edad avanzada y con mal estado de salud, suelen ser enviados, sin embargo, a radioterapia, de manera que con frecuencia los investigadores solamente informan sobre la función sexual postratamiento para los subgrupos que comenzaron con erecciones satisfactorias. Además, es necesario realizar una observación a largo plazo cuando se compara la cirugía con la radioterapia, ya que la recuperación de la función eréctil suele ocurrir principalmente en el primer año después de la prostatectomía radical, mientras que el efecto de la radioterapia en la función eréctil es lenta y paulatina, y se siguen observando regresiones hasta 2 y 3 años después del tratamiento. Un estudio de cohorte retrospectivo con hombres que recibieron tratamiento mediante prostatectomía radical o radioterapia externa, reveló una incidencia significativamente mayor de disfunción eréctil en el grupo de cirugía 5 años después del diagnóstico (79,3 vs. 63,5%) (34).

El mecanismo que produce el deterioro de la función eréctil también difiere entre la cirugía y la radioterapia. La prostatectomía radical daña los nervios y vasos que llegan al pene, lo que en definitiva reduce la oxigenación de estos tejidos y aumenta los depósitos de colágeno que interfieren con el relajamiento del tejido del pene que es esencial para una erección firme (35). La radioterapia parece dañar el sistema arterial que transporta sangre al pene (36). Una revisión retrospectiva señala que la elección del tratamiento primario para el cáncer de próstata no está relacionada con los resultados de calidad de vida en los siguientes 2 años (37).

El tratamiento hormonal en el cáncer de próstata tiene como objetivo reducir los andrógenos circulantes de manera que estén tan cerca de cero como sea posible. Como los andrógenos también actúan en el cerebro para fomentar el apetito sexual, el 80% de los hombres hablan de una profunda reducción del interés sexual, típicamente acompañada de disfunción eréctil y dificultad para alcanzar el orgasmo (38-41). Los hombres más jóvenes, sin embargo, a veces pueden mantener una función sexual adecuada. A causa del número creciente de hombres más jóvenes diagnosticados de cáncer prostático debido a la determinación precoz del PSA, es creciente el interés por la prevención de algunos aspectos de la morbilidad sexual del tratamiento. Algunos centros recomiendan posponer la terapia hormonal hasta el comienzo de los síntomas (42), aplicando protocolos de tratamiento hormonal intermitente (43), o utilizando

una combinación de Finasteride y un antiandrógeno en vez de los tratamientos hormonales que eliminan totalmente la producción de testosterona (44). Sin embargo, todavía no se sabe con claridad, si los hombres que se tratan con estas nuevas modalidades de tratamiento pueden comprometer su supervivencia.

#### EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN EL PACIENTE DE CÁNCER DE PRÓSTATA

No hay pautas claras que aborden el tema de la sexualidad durante las etapas de la enfermedad y su tratamiento. Cuando se están tomando decisiones terapéuticas, los profesionales deben ofrecer educación e información al paciente, preferiblemente con la pareja de este presente, respecto a los riesgos conocidos de morbilidad sexual asociada con el tratamiento del que se trate. Los especialistas pueden ayudar al paciente y a su pareja haciendo preguntas específicas de interpretación abierta para confirmar la importancia de la salud sexual, procurando crear un ambiente en el que el paciente o la pareja se sientan animados y seguros al expresar sus preocupaciones personales. Las evaluaciones deben ser sensibles a la manera sutil en que la función sexual afecta la autoimagen del hombre y la identidad sexual (21). Los profesionales deben examinar sus propios pensamientos y sentimientos respecto a la sexualidad. Cuando los profesionales no se sienten cómodos abordando temas de sexualidad, no deben ignorar, ni desestimar las preocupaciones de sus pacientes. Aunque quizás algunos pacientes no quieran conversar sobre su salud sexual, los profesionales deben ofrecer al menos la opción, haciendo ver que la sexualidad puede ser un tema apropiado para la conversación durante visitas futuras.

Dado que la función sexual es un aspecto importante de la calidad de vida, los profesionales de la salud deben considerar que la visita de seguimiento oncológico presenta una oportunidad clave para evaluar si el paciente oncológico está sufriendo problemas sexuales. Aunque sería ideal que el facultativo llevara a cabo una evaluación sexual, las restricciones impuestas por el tiempo y el hecho de que el especialista carezca de adiestramiento para discutir asuntos sexuales o que se sienta incómodo tratando ese tema suelen interferir con este objetivo. Además, mucha gente que ha concluido su tratamiento consulta a su médico de cabecera para la visita de seguimiento rutinario en vez de consultar al especialista. Por lo menos en el ambiente oncológico podría resultar útil designar a un integrante del equipo como, por ejemplo, a un/a enfermera/o o un/a trabajador/a social que se pudiera especializar en sexualidad. Ese profesional puede ser la persona adecuada para preguntar sobre una variedad de asuntos relacionados con la calidad de vida, relaciones de pareja y sexualidad. La evaluación sexual mínima podría consistir en hacer la pregunta siguiente: "Muchos pacientes que padecen o han padecido cáncer observan cambios o problemas en su vida sexual después del tratamiento. ¿Tiene usted algún problema o

preocupación respecto a la sexualidad?" Los problemas sencillos pueden atenderse inmediatamente con información tranquilizadora o consejos, pero el equipo oncológico debe también crear una red de especialistas para atender a estos pacientes. Esta red debe incluir a profesionales de salud mental adiestrados en terapia sexual, ginecólogos familiarizados con la preocupación de la mujer en cuanto al tratamiento de sustitución hormonal o a la dispareunia, urólogos especializados en tratar la disfunción sexual masculina y especialistas en infertilidad que pueden tratar a los pacientes más jóvenes con este tipo de problemas.

La literatura contiene varios artículos que abordan la evaluación sexual (12), muchos de ellos específicamente para los pacientes de cáncer. El modelo Kaplan (11,12,23,45) facilita pautas de entrevista útiles para evaluar los problemas sexuales en individuos sanos y enfermos, concentrándose en la queja principal, el estado sexual, el estado psiquiátrico, la familia y los antecedentes psicosociales y la evaluación de las relaciones. El modelo de Kaplan (46) se ha aplicado al marco oncológico, con breves descripciones de la evaluación de cada parte de la entrevista. El modelo PLISSIT (11,47), 48) es otro modelo de evaluación e intervención utilizado con regularidad como marco para la rehabilitación sexual en el cuidado oncológico (12,49-52).

#### FACTORES GENERALES QUE AFECTAN EL FUNCIONAMIENTO SEXUAL ESTIMADOS EN LA EVALUACIÓN

Una vez que se haya identificado un posible problema sexual, el instrumento más importante de evaluación para el médico es una entrevista clínica con el paciente sólo o acompañado de su pareja (53).

La breve lista que aparece a continuación de los factores que se sabe que repercuten en el funcionamiento sexual debe incluirse en la evaluación; las preocupaciones sexuales específicas del paciente o sus necesidades en el momento dictan la manera de abordar la conversación y su contenido.

#### *Estado sexual actual*

Al valorar la función sexual de un individuo, la fase inicial consiste en aclarar la naturaleza del problema o queja individual. Se deben abordar una variedad de aspectos de la función sexual actual, incluso la frecuencia con que se experimentan deseos sexuales espontáneos, la facilidad con que se siente placer subjetivo con la estimulación sexual, y los signos de excitación fisiológica, como la habilidad de alcanzar y mantener una erección firme para el hombre, y la expansión y lubricación vaginal para la mujer. La habilidad de llegar a un orgasmo es otra medida importante de la función sexual.

Es útil preguntar qué tipo de estimulación sexual puede provocar un orgasmo (o sea, autoestimulación, uso de un vibrador o masaje de ducha, caricias del com-

pañero, estimulación oral o coito). Cualquier dolor en la región genital que acompañe a la actividad sexual debe describirse en detalle: "¿Dónde siente el dolor? ¿Cómo se siente el dolor? ¿Qué tipos de actividades sexuales lo provocan? ¿Pasa esto siempre? ¿Cuánto tiempo dura?" Cuando este tipo de indagación pone de manifiesto un problema sexual, el entrevistador debe preguntar cuándo comenzó el problema, especialmente si el inicio del problema ocurrió alrededor del momento en que se hizo un diagnóstico de cáncer o un tratamiento particular contra el cáncer. La toma concomitante de medicamentos puede interferir con la función sexual, antihipertensores, antidepresivos o medicamentos psicotrópicos. El encuestador debe averiguar si se recetó un nuevo medicamento o si se cambió la dosis en el momento en que comenzó el problema.

#### *Funcionamiento sexual premórbido*

El desarrollo sexual (anterior a la enfermedad) de una persona, sus preferencias y su experiencia son esenciales en la evaluación del estado sexual. El grado de funcionamiento sexual antes del diagnóstico y el tratamiento, el interés en el funcionamiento sexual, la satisfacción y la importancia de la relación, todos influyen en la posible angustia del paciente en relación con el estado sexual actual. Los individuos que ya han tenido dificultades sexuales pueden ser especialmente vulnerables a los efectos del tratamiento (54). Los médicos deben tener cuidado de no asumir nada respecto a la experiencia sexual previa del paciente o la importancia de la expresión sexual.

#### ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA SEXUALIDAD

##### *ESTADO DE LA RELACIÓN*

El paciente podría tener pareja o no en el momento del diagnóstico. Ni el médico ni el paciente deben tomar la sexualidad con menos seriedad si no existe pareja. Para el paciente con pareja, el médico debe tener en cuenta la duración, calidad y estabilidad de la relación antes del diagnóstico. Además, como muchos pacientes temen ser rechazados o abandonados, se debe indagar sobre la respuesta de la pareja a la enfermedad y las preocupaciones del paciente en cuanto a las consecuencias del tratamiento en su pareja (55). Las parejas comparten muchas de las reacciones con los pacientes ya que sus preocupaciones más importantes suelen relacionarse con la pérdida y el temor a la muerte. Además, para una evaluación completa, la salud física, sexual y emocional de la pareja debe relacionarse con su estado sexual actual y con el previo. El médico debe reconocer que la mayoría de las parejas tienen dificultad hablando de preferencias, preocupaciones y temores sexuales aun en circunstancias ideales y que los problemas de comunicación sobre la sexualidad tienden a empeorar cuando hay enfermedad o amenaza la muerte.

### ESTADO PSICOLÓGICO

El espectro afectivo durante el tratamiento del cáncer fluctúa desde incredulidad hasta depresión clínica y, típicamente, cambia con el tiempo. La ansiedad y la depresión son dos de los trastornos afectivos comunes entre los pacientes con cáncer, y ambos tienen efectos perjudiciales en el funcionamiento sexual (11,12,23,47,56). El médico debe ser consciente del estado mental actual y de cualquier antecedente de depresión u otro trastorno psiquiátrico, psicoterapia previa, tratamiento con medicación psicotrópica y hospitalizaciones previas. El uso de medicamentos psicotrópicos debe también revisarse con respecto a sus efectos en la función sexual. El tratamiento de cáncer produce cambios en el cuerpo que repercuten desfavorablemente en la imagen corporal y la autoestima. (12,23,57) Es común que los pacientes tengan dificultad para encontrarse sexualmente atractivo durante y después del tratamiento. Es importante identificar las alteraciones de la imagen corporal para integrarlas en los objetivos de cuidado y rehabilitación. Con frecuencia el papel social de la pareja cambia durante el tratamiento. La identidad de un individuo y su autoestima pueden verse amenazados cuando cambian estas funciones (23,55). La participación de la pareja en la atención física del paciente suele tener una repercusión negativa en el sentimiento de sexualidad. Las parejas jóvenes, más que las mayores, pueden ser vulnerables a los problemas que trae la necesidad de asumir otros o nuevos papeles domésticos, y la multitud de factores de tensión económica y de vida asociados con el tratamiento (23).

### ASPECTOS MÉDICOS DE LA SEXUALIDAD

Es importante asegurarse de los antecedentes médicos, haciendo énfasis especialmente en otras enfermedades médicas concurrentes para las que el paciente está recibiendo tratamiento. La morbilidad concurrente contribuye al riesgo de padecer disfunción sexual y a la reducción adicional del aspecto social, salud mental y percepciones de salud. Se sabe que las enfermedades médicas que repercuten en los sistemas endocrino, cardiovascular y nervioso tienen un posible efecto perjudicial en el ciclo de respuesta sexual (53,58,59). La diabetes, la hipertensión, la enfermedad vascular, la esclerosis múltiple y muchos otros trastornos repercuten en la función sexual, especialmente en la calidad de las erecciones del hombre. Hay dos trabajos que revisan extensamente la repercusión de enfermedades crónicas y la pérdida de función sexual (53,59). Hay también factores relacionados con el estilo de vida, que presentan riesgos de morbilidad sexual entre ellos, como son el tabaquismo y el consumo abundante de alcohol. En el hombre, fumar cigarrillos puede ocasionar vasoconstricción y fuga venosa en el pene durante la erección; (58) en grandes cantidades, el alcohol es un fuerte hipnótico sedante que produce reducción de la libido y disfunción eréctil temporal (58).

En el tratamiento farmacológico para el cáncer y para las enfermedades crónicas en general, suele ser necesario constituir un elemento integral del mantenimiento de la salud. Algunos tratamientos farmacológicos, no obstante, pueden tener efectos perjudiciales directos o indirectos en la función sexual. Existe información en la literatura de los mecanismos que causan cambios en la función sexual asociada con estos fármacos; incluyen la enumeración de medicamentos específicos y sus efectos conocidos en la función sexual (23,60-62).

Los breves cuestionarios que miden la disfunción sexual pueden resultar bastante útiles, especialmente cuando se está explorando grupos grandes de pacientes en relación con la disfunción sexual, o cuando se está llevando a cabo investigaciones de la sexualidad como aspecto de la calidad de vida. El International Index of Erectile Function (Índice Internacional de Disfunción Eréctil) es una escala validada que mide los aspectos de la función sexual y de la satisfacción sexual en el hombre (63).

La escala equivalente para la mujer no se ha investigado tan a fondo pero también puede ofrecer información útil (64), al igual que el *Sex History Form* (Formulario de Historia Sexual), un cuestionario a base de múltiples opciones que abordan una serie de aspectos de la función sexual (53). Estas escalas varían en su fiabilidad, validez, el método de alcanzarlas y el tipo y número de síntomas evaluados y marco cronológico de la evaluación. Para reflejar cambios con precisión a lo largo del tiempo, hay que obtener evaluación sistemática de la línea de referencia premórbida y de los grados de seguimiento de la función y la satisfacción sexual.

Además de medidas de sexualidad expresadas directamente con lápiz y papel por el paciente, hay algunas evaluaciones médicas disponibles (3). Para el hombre, entre las evaluaciones más útiles se encuentra el Rigiscan, un instrumento electrónico computarizado que mide la calidad de las erecciones nocturnas, los estudios mediante Ecografía Doppler penena para documentar la hemodinámica de la erección así como las determinaciones hormonales. En la mujer, el uso de un índice de maduración vaginal para medir la estrogenización, el reconocimiento pélvico minucioso para identificar las fuentes del dolor que acompaña a la actividad sexual, y las determinaciones hormonales son las evaluaciones más comunes.

Se han estudiado otras medidas más sofisticadas del flujo sanguíneo vaginal y de umbrales sensoriales, pero estos no han obtenido aceptación general.

Una revisión de la literatura subraya la necesidad de realizar estudios prospectivos con seguimiento más prolongado, medidas validadas y muestras de mayor tamaño. Especialmente los asuntos relacionados con la recuperación sexual de la mujer han recibido muy poca atención e investigación clínicas.

### TRATAMIENTO DE PROBLEMAS SEXUALES EN EL PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA

Somos conscientes de los tipos de problemas sexuales que tiene la gente con cáncer y de la frecuencia con

que se presentan, pero pocos programas han sido diseñados o puestos a prueba para el tratamiento de la disfunción sexual en el paciente oncológico. En particular, se necesitan programas eficaces orientados hacia las personas que han tenido cáncer. Estos programas deben utilizar estrategias rentables de intervención que integren modalidades médicas y psicológicas.

Muchos pacientes sienten temor o ansiedad respecto de su primera experiencia sexual después del tratamiento y con frecuencia comienzan a evitar las relaciones sexuales. Si el paciente está preocupado de darle señales confusas a su pareja, esto puede conducir a evitar la intimidad y las caricias en general. La pareja podría también contribuir a evitar la intimidad mediante su poca inclinación a comenzar cualquier comportamiento que pueda interpretarse como presión de tener más intimidad, o que pueda contribuir a cualquier posibilidad de incomodidad física a causa de mayor expresión de intimidad física. Los profesionales médicos necesitan volver a asegurar a los pacientes y a sus parejas que aun cuando el coito sea difícil o imposible, su vida sexual no ha terminado. La pareja puede dar y recibir placer y satisfacción expresando su amor e intimidad con sus manos, bocas, lenguas y labios. Los profesionales deben alentar a la pareja a expresar afecto de otra manera (por ejemplo, abrazándose, besándose, acariciando partes no genitales del cuerpo) hasta que se sientan listos a volver a las actividades sexuales. Debe alentarse a la pareja a comunicar sus sentimientos, preocupaciones y preferencias con franqueza.

Cuando es imposible para el hombre lograr una erección lo suficientemente firme para obtener penetración o cuando el coito es doloroso para la mujer, quizás algunas parejas estarían dispuestas a encontrar otras formas de producir el orgasmo uno al otro y de expresar su intimidad sexual. Los ejercicios de *sensate focus* (enfoque sensorial) de dar placer sin coito (65,66) que están basados en los principios del masaje sensual, ofrecen a las parejas una experiencia de expresión sexual que les permite estar cerca físicamente y sentir intimidad sin la presión y la ansiedad que puede relacionarse con la anticipación del coito. La estructura y las reglas básicas de *sensate focus* pueden ayudar a evitar la ansiedad del coito (introspección y autoestima) y hacer posible a la pareja ensimismarse en la experiencia actual de las caricias placenteras. Estos ejercicios también ayudan a la pareja a conversar sobre las partes del cuerpo que podrían presentar problemas o ser emocionalmente sensibles. El personal médico deben determinar si la pareja está dispuesta a modificar su técnica sexual.

Como muchos pacientes sufrirán ansiedad anticipatoria sobre el reestablecimiento de la intimidad sexual con su pareja y posible incertidumbre acerca de su respuesta sexual, se puede explorar las ventajas posibles que traería la autoestimulación. La autoestimulación tiene la ventaja de permitir al individuo sentirse cómodo con su respuesta y excitación sexuales sin tener la presión adicional de la ansiedad del coito que suele aumentar con la preocupación sobre el placer de su pareja, sus reacciones, inquietudes y temores. Para muchos individuos, el reenfocar cognoscitivamente la masturbación como autoestimulación o autopacer les permite aceptar

esta actividad como parte del proceso de rehabilitación sexual. Para otros, este comportamiento podría ser todavía un tabú resistente y persistente por razones culturales y religiosas.

La disfunción sexual más común que lleva al hombre a buscar ayuda después del tratamiento de cáncer es la disfunción eréctil. Muchos hombres con disfunción eréctil pueden tener un orgasmo con estimulación oral o manual y muchas parejas sexuales se sienten satisfechos y logran orgasmos con la estimulación no coital. Si todavía hay deseo de tener relaciones sexuales, hay varias opciones de tratamiento para la disfunción sexual, dependiendo de la causa y del grado de la misma. Sólo un pequeño porcentaje de los hombres con problemas eréctiles buscan ayuda en algún momento (29,67). Con el advenimiento del sildenafil (Viagra), un medicamento oral para tratar problemas de erección (68), el porcentaje de hombres que inician tratamiento para la disfunción eréctil ha aumentado. A pesar de la publicidad sobre la eficacia del sildenafil, este funciona mejor en los hombres que tienen las formas más leves de disfunción eréctil. Muchos hombres no podrán lograr erecciones adecuadas solamente tomando este fármaco. El uso de sildenafil permite que un 72% de los pacientes intervenidos mediante prostatectomía radical con preservación neurovascular, y un 15% de los pacientes sin preservación, logren la penetración penevaginal (69). Alrededor del 12% de las personas que responden bien al sildenafil, este pierde su eficacia en 3 años (70). En un estudio sobre la braquiterapia relacionado con el tratamiento del cáncer de próstata localizado, el sildenafil mejoró la potencia entre un 62% y un 70% (71). Los pacientes que no estaban siendo tratado con terapia antiandrogénica tuvieron significativamente mucho mejor respuesta (72). De forma similar, aquellos hombres que desarrollaron impotencia como consecuencia de la braquiterapia para el cáncer de próstata (73) respondieron (entre un 85 y un 88%) con una mejor función eréctil cuando tomaron sildenafil. El Sildenafil también ha mejorado la disfunción eréctil en aquellos pacientes con lesión parcial del plexo parasimpático como resultado de cirugía rectal (74,75). Ningún otro tratamiento de disfunción eréctil tiene un índice tan alto de aceptación entre los pacientes. Las terapias como las inyecciones intracavernosas, los dispositivos de vacío y los medicamentos intrauretrales tienen índices de abandono extremadamente altos y, de los hombres que acuden a las clínicas en busca de ayuda para la disfunción eréctil, solamente alrededor de una tercera parte se sienten satisfechos a largo plazo, a pesar de que prueban un promedio de dos modalidades diferentes de tratamiento (76-78). La tasa de satisfacción a largo plazo es superior para la cirugía de prótesis del pene (79,80), pero con la existencia de tratamientos permanentes menos invasivos, menos hombres escogen esta modalidad de tratamiento (81). Para los hombres con disfunción eréctil postquirúrgica, existe la posibilidad de que mejore la función con el tiempo, ya que es posible que los nervios se recuperen hasta 2,5 años después de la cirugía (82). Hay muchas referencias en la literatura sobre el manejo actual de la disfunción eréctil

(23,46,58,83,84). Además, varios autores (46,85,86) han tratado también el manejo del apetito sexual inhibido y otras disfunciones sexuales masculinas.

Como la falta de apetito sexual con frecuencia es multifactorial, un método que incluye evaluación y tratamiento psicológicos suele ser óptimo. Un profesional experimentado en salud mental puede descartar un trastorno del estado de ánimo como factor en la pérdida del deseo, y puede explorar la interacción de factores como cambios en la dinámica de la relación, pérdida del bienestar físico, cambios en el autoconcepto de sexualidad e imagen corporal negativa. Desafortunadamente no hay un medicamento verdaderamente efectivo que pueda restaurar el apetito sexual en el marco de un ambiente hormonal normal.

Para muchos problemas podría ser suficiente ofrecer información y sugerencias para modificar el comportamiento en un marco de autoayuda. La educación puede llevarse a cabo por medio de libros (23), folletos, (87,88), CD's, videos o comunicación interactiva en línea en internet. Para los hombres y mujeres que tienen problemas más graves y complejos, el tratamiento más eficaz es la intervención profesional. Es necesario que las investigaciones futuras averigüen cuáles son los tra-

tamientos que son más eficaces con ciertos grupos particulares de pacientes. La orientación psicológica sexual pueden ofrecerla individuos, parejas o grupos. No se ha comparado la eficacia de estos distintos ambientes de orientación en las personas con cáncer. También se desconoce si la orientación breve puede mejorar las consecuencias de los tratamientos médicos, como los que se usan para superar la disfunción eréctil o la dispareunia. Las investigaciones sobre el impacto de los grupos de apoyo en los resultados sexuales de los hombres con cáncer de próstata, resulta limitado. Es probable que la relación entre "un mejor resultado" y la "participación" en grupos de apoyo refleje las diferencias sociológicas y clínicas básicas entre aquellos que participan en dichos grupos y los que no (89).

#### CORRESPONDENCIA:

Juan Ignacio Martínez Salamanca  
C/ Cerro del Castañar, 8, letra C (chalet)  
28034 Madrid  
e-mail: msalam99@terra.es

#### BIBLIOGRAFÍA

- Derogatis LR, Kourlesis SM. An approach to evaluation of sexual problems in the cancer patient. *CA Cancer J Clin* 1981; 31 (1): 46-50.
- Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, et al. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol* 1998; 16 (2): 501-14.
- Schover LR, Montague DK, Lakin MM: Sexual problems. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, editors. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers; 1997. p. 2857-72.
- Andersen BL. Quality of life for women with gynecologic cancer. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1995; 7 (1): 69-76.
- Walsh PC, Epstein JI, Lowe FC. Potency following radical prostatectomy with wide unilateral excision of the neurovascular bundle. *J Urol* 1987; 138 (4): 823-7.
- Talcott JA, Rieker P, Clark JA, et al. Patient-reported symptoms after primary therapy for early prostate cancer: results of a prospective cohort study. *J Clin Oncol* 1998; 16 (1): 275-83.
- Smith DS, Carvalhal GF, Schneider K, et al. Quality-of-life outcomes for men with prostate carcinoma detected by screening. *Cancer* 2000; 88 (6): 1454-63.
- Stanford JL, Feng Z, Hamilton AS, et al. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. *JAMA* 2000; 283 (3): 354-60.
- Robinson JW, Moritz S, Fung T. Meta-analysis of rates of erectile function after treatment of localized prostate carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002; 54 (4): 1063-8.
- Arai Y, Kawakita M, Okada Y, et al. Sexuality and fertility in long-term survivors of testicular cancer. *J Clin Oncol* 1997; 15 (4): 1444-8.
- Auchincloss SS. Sexual dysfunction in cancer patients: issues in evaluation and treatment. In: Holland JC, Rowland JH, editors. *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient With Cancer*. New York, NY: Oxford University Press; 1989. p. 383-413.
- Lamb MA: Sexuality and Sexual Functioning. In: McCorkle R, Grant M, Frank-Stromborg M, et al., editors. *Cancer Nursing: A Comprehensive Textbook*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1996. p. 1105-27.
- Ofman US, Auchincloss SS. Sexual dysfunction in cancer patients. *Curr Opin Oncol* 1992; 4 (4): 605-13.
- Havenga K, Maas CP, DeRuiter MC, et al. Avoiding long-term disturbance to bladder and sexual function in pelvic surgery, particularly with rectal cancer. *Semin Surg Oncol* 2000; 18 (3): 235-43.
- Weijmar Schultz WC, Van de Wiel HB, Hahn DE, et al. Sexuality and Cancer in Women. *Annu Rev Sex Res* 1992; 3: 151-200.
- Fossa SD, Woehre H, Kurth KH, et al. Influence of urological morbidity on quality of life in patients with prostate cancer. *Eur Urol* 1997; 31 (Supl. 3): 3-8.
- Litwin MS, Hays RD, Fink A, et al. Quality-of-life outcomes in men treated for localized prostate cancer. *JAMA* 1995; 273 (2): 129-35.
- Helgason AR, Adolffson J, Dickman P, et al. Factors associated with waning sexual function among elderly men and prostate cancer patients. *J Urol* 1997; 158 (1): 155-9.
- Relander T, Cavallin-Ståhl E, Garwicz S, et al. Gonadal and sexual function in men treated for childhood cancer. *Med Pediatr Oncol* 2000; 35 (1): 52-63.
- Steineck G, Helgesen F, Adolffson J, et al. Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. *N Engl J Med* 2002; 347 (11): 790-6.
- Bokhour BG, Clark JA, Inui TS, et al. Sexuality after treatment for early prostate cancer: exploring the meanings of "erectile dysfunction". *J Gen Intern Med* 2001; 16 (10): 649-55.

22. Watson M, Wheatley K, Harrison GA, et al. Severe adverse impact on sexual functioning and fertility of bone marrow transplantation, either allogeneic or autologous, compared with consolidation chemotherapy alone: analysis of the MRC AML 10 trial. *Cancer* 1999; 86 (7): 1231-9.
23. Schover LR. *Sexuality and Fertility After Cancer*. New York, NY: John Wiley and Sons; 1997.
24. Helgason AR, Adolffson J, Dickman P, et al. Sexual desire, erection, orgasm and ejaculatory functions and their importance to elderly Swedish men: a population-based study. *Age Ageing* 1996; 25 (4): 285-91.
25. Gee WF, Holtgrewe HL, Albertsen PC, et al. Practice trends in the diagnosis and management of prostate cancer in the United States. *J Urol* 1995; 154 (1): 207-8.
26. Katz R, Salomon L, Hoznek A, et al. Patient reported sexual function following laparoscopic radical prostatectomy. *J Urol* 2002; 168 (5): 2078-82.
27. Noldus J, Michl U, Graefen M, et al. Patient-reported sexual function after nerve-sparing radical retropubic prostatectomy. *Eur Urol* 2002; 42 (2): 118-24.
28. Fowler FJ Jr, Barry MJ, Lu-Yao G, et al. Outcomes of external-beam radiation therapy for prostate cancer: a study of Medicare beneficiaries in three surveillance, epidemiology, and end results areas. *J Clin Oncol* 1996; 14 (8): 2258-65.
29. Shrader-Bogen CL, Kjellberg JL, McPherson CP, et al. Quality of life and treatment outcomes: prostate carcinoma patient's perspectives after prostatectomy or radiation therapy. *Cancer* 1997; 79 (10): 1977-86.
30. Robinson JW, Dufour MS, Fung TS. Erectile functioning of men treated for prostate carcinoma. *Cancer* 1997; 79 (3): 538-44.
31. Beard CJ, Propert KJ, Rieker PP, et al. Complications after treatment with external-beam irradiation in early-stage prostate cancer patients: a prospective multiinstitutional outcomes study. *J Clin Oncol* 1997; 15 (1): 223-9.
32. Mantz CA, Song P, Farhangi E, et al. Potency probability following conformal megavoltage radiotherapy using conventional doses for localized prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1997; 37 (3): 551-7.
33. Roach M 3<sup>rd</sup>, Chinn DM, Holland J, et al. A pilot survey of sexual function and quality of life following 3D conformal radiotherapy for clinically localized prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1996; 35 (5): 869-74.
34. Potosky AL, Davis WW, Hoffman RM, et al. Five-year outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: the prostate cancer outcomes study. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96 (18): 1358-67.
35. Montorsi F, Guazzoni G, Strambi LF, et al. Recovery of spontaneous erectile function after nerve-sparing radical retropubic prostatectomy with and without early intracavernous injections of alprostadil: results of a prospective, randomized trial. *J Urol* 1997; 158 (4): 1408-10.
36. Zelefsky MJ, Eid JF. Elucidating the etiology of erectile dysfunction after definitive therapy for prostatic cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998; 40 (1): 129-33.
37. Penson DF, Feng Z, Kuniyuki A, et al. General quality of life 2 years following treatment for prostate cancer: what influences outcomes? Results from the prostate cancer outcomes study. *J Clin Oncol* 2003; 21 (6): 1147-54.
38. Schover LR. Sexual rehabilitation after treatment for prostate cancer. *Cancer* 1993; 71 (3 Supl.): 1024-30.
39. Potosky AL, Reeve BB, Clegg LX, et al. Quality of life following localized prostate cancer treated initially with androgen deprivation therapy or no therapy. *J Natl Cancer Inst* 2002; 94 (6): 430-7.
40. Basaria S, Lieb J 2<sup>nd</sup>, Tang AM, et al. Long-term effects of androgen deprivation therapy in prostate cancer patients. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2002; 56 (6): 779-86.
41. Green HJ, Pakenham KI, Headley BC, et al. Coping and health-related quality of life in men with prostate cancer randomly assigned to hormonal medication or close monitoring. *Psychooncology* 2002; 11 (5): 401-14.
42. Klein EA. Hormone therapy for prostate cancer: a topical perspective. *Urology* 1996; 47 (1A Supl.): 3-12; discussion 29-32.
43. Trachtenberg J. Innovative approaches to the hormonal treatment of advanced prostate cancer. *Eur Urol* 1997; 32 (Supl. 3): 78-80.
44. Brufsky A, Fontaine-Rothe P, Berlane K, et al. Finasteride and flutamide as potency-sparing androgen-ablative therapy for advanced adenocarcinoma of the prostate. *Urology* 1997; 49 (6): 913-20.
45. Lamb MA, Woods NF. Sexuality and the cancer patient. *Cancer Nurs* 1981; 4 (2): 137-44.
46. Kaplan HS. *The Evaluation of Sexual Disorders: Psychological and Medical Aspects*. New York, NY: Brunner/Mazel Inc, 1983.
47. Auchincloss S. Sexual dysfunction after cancer treatment. *Journal of Psychosocial Oncology* 1991; 9 (1): 23-42.
48. Annon JS. *The behavioral treatment of sexual problems*. Vol 1. Honolulu, Hawaii: Enabling Systems, Inc; 1975.
49. Penson RT, Gallagher J, Gioiella ME, et al. Sexuality and cancer: conversation comfort zone. *Oncologist* 2000; 5 (4): 336-44.
50. Gallo-Silver L. The sexual rehabilitation of persons with cancer. *Cancer Pract* 2000; 8 (1): 10-5.
51. Sipski ML, Alexander CJ. Impact of disability or chronic illness on sexual function. In: Sipski ML, Alexander CJ, editors. *Sexual Function in People With Disability and Chronic Illness*. Gaithersburg, Md: Aspen Publishers, Inc; 1997. p. 3-9.
52. Waldman TL, Eliasof B. Cancer. In: Sipski ML, Alexander CJ, editors. *Sexual function in people with disability and chronic illness*. Gaithersburg, Md: Aspen Publishers, Inc; 1997. p. 337-54.
53. Schover LR, Jensen SB. *Sexuality and chronic illness: A comprehensive approach*. New York, NY: The Guilford Press, 1988.
54. Talcott JA, Manola J, Clark JA, et al. Time course and predictors of symptoms after primary prostate cancer therapy. *J Clin Oncol* 2003; 21 (21): 3979-86.
55. McNeff EA. Issues for the partner of the person with a disability. In: Sipski ML, Alexander CJ, editors. *Sexual Function in People With Disability and Chronic Illness*. Gaithersburg, Md: Aspen Publishers, Inc; 1997. p. 595-616.
56. Wise TN. Sexual functioning in neoplastic disease. *Med Aspects Hum Sex* 1978; 12: 16-31.
57. Whipple B, McGreer KB. Management of female sexual dysfunction. In: Sipski ML, Alexander CJ, editors. *Sexual Function in People With Disability and Chronic Illness*. Gaithersburg, Md: Aspen Publishers, Inc; 1997. p. 511-36.
58. Lue TF. *Contemporary diagnosis and management of male erectile dysfunction*. Newton, Pa: Handbooks in Health Care, 1999.
59. Sipski ML, Alexander CJ, editors. *Sexual Function in People With Disability and Chronic Illness*. Gaithersburg, Md: Aspen Publishers, Inc, 1997.
60. Crenshaw TL, Goldberg JP. *Sexual Pharmacology: Drugs That Affect Sexual Functioning*. New York, NY: WW Norton & Company, 1996.
61. Weiner DN, Rosen RC. Medications and their impact. In: Sipski ML, Alexander CJ, editors. *Sexual Function in People With Disability and Chronic Illness*. Gaithersburg, Md: Aspen Publishers, Inc; 1997. p. 85-118.
62. Drugs that cause sexual dysfunction: an update. *Med Lett Drugs Ther* 1992; 34 (876): 73-8.
63. Rosen RC, Riley A, Wagner G, et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49 (6): 822-30.
64. Taylor JF, Rosen RC, Leiblum SR. Self-report assessment of female sexual function: psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women. *Arch Sex Behav* 1994; 23 (6): 627-43.
65. Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Response*. Boston, Mass: Little, Brown and Company; 1966.
66. Kaplan HS. *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions*. New York, NY: Brunner/Mazel; 1974.
67. Bates TS, Wright MP, Gillatt DA. Prevalence and impact of incontinence and impotence following total prostatectomy assessed anonymously by the ICS-male questionnaire. *Eur Urol* 1998; 33 (2): 165-9.
68. Goldstein I, Lue TF, Padma-Nathan H, et al. Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. Sildenafil Study Group. *N Engl J Med* 1998; 338 (20): 1397-404.
69. Zippe CD, Jhaveri FM, Klein EA, et al. Role of Viagra after



- radical prostatectomy. *Urology* 2000; 55 (2): 241-5.
70. Raina R, Lakin MM, Agarwal A, et al. Long-term effect of sildenafil citrate on erectile dysfunction after radical prostatectomy: 3-year follow-up. *Urology* 2003; 62 (1): 110-5.
  71. Raina R, Agarwal A, Goyal KK, et al. Long-term potency after iodine-125 radiotherapy for prostate cancer and role of sildenafil citrate. *Urology* 2003; 62 (6): 1103-8.
  72. Potters L, Torre T, Fearn PA, et al. Potency after permanent prostate brachytherapy for localized prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2001; 50 (5): 1235-42.
  73. Merrick GS, Butler WM, Galbreath RW, et al. Erectile function after permanent prostate brachytherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002; 52 (4): 893-902.
  74. Lindsey I, George B, Kettlewell M, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of sildenafil (Viagra) for erectile dysfunction after rectal excision for cancer and inflammatory bowel disease. *Dis Colon Rectum* 2002; 45 (6): 727-32.
  75. Merrick GS, Wallner K, Butler WM, et al. A comparison of radiation dose to the bulb of the penis in men with and without prostate brachytherapy-induced erectile dysfunction. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2001; 50 (3): 597-604.
  76. Dewire DM, Todd E, Meyers P. Patient satisfaction with current impotence therapy. *Wis Med J* 1995; 94 (10): 542-4.
  77. Jarow JP, Nana-Sinkam P, Sabbagh M, et al. Outcome analysis of goal directed therapy for impotence. *J Urol* 1996; 155 (5): 1609-12.
  78. Hanash KA. Comparative results of goal oriented therapy for erectile dysfunction. *J Urol* 1997; 157 (6): 2135-8.
  79. Sexton WJ, Benedict JF, Jarow JP. Comparison of long-term outcomes of penile prostheses and intracavernosal injection therapy. *J Urol* 1998; 159 (3): 811-5.
  80. Lewis RW: Long-term results of penile prosthetic implants. *Urol Clin North Am* 1995; 22 (4): 847-56.
  81. Schover LR, Fouladi RT, Warneke CL, et al. The use of treatments for erectile dysfunction among survivors of prostate carcinoma. *Cancer* 2002; 95 (11): 2397-407.
  82. Snow B: The ostomist: self image and sexual problems. *Sex Disabil* 1980; 3 (3): 156-8.
  83. Costabile RA. Cancer and male sexual dysfunction. *Oncology (Huntingt)* 2000; 14 (2): 195-200, 203; discussion 203-5.
  84. Rivas DA, Chancellor MB. Management of erectile dysfunction. In: Sipski ML, Alexander CJ, editors. *Sexual Function in People With Disability and Chronic Illness*. Gaithersburg, Md: Aspen Publishers, Inc; 1997. p. 429-64.
  85. Ducharme SH, Gill KM. Management of other male sexual dysfunctions. In: Sipski ML, Alexander CJ, editors. *Sexual Function in People With Disability and Chronic Illness*. Gaithersburg, Md: Aspen Publishers, Inc; 1997. p. 465-86.
  86. Zilbergeld B. *The New Male Sexuality*. New York, NY: Bantam Books, 1992.
  87. Schover LR. *Sexuality and Cancer. For the Man Who Has Cancer, and His Partner*. Atlanta, Ga: American Cancer Society, Inc; 1999.
  88. Schover LR: *Sexuality and Cancer: For the Woman Who Has Cancer, and Her Partner*. Atlanta, Ga: American Cancer Society, Inc; 1999.
  89. Katz D, Koppie TM, Wu D, et al. Sociodemographic characteristics and health related quality of life in men attending prostate cancer support groups. *J Urol* 2002; 168 (5): 2092-6.