

LA SEXUALIDAD EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Gines Llorca Ramón. Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Salamanca.

Gines Jesús Llorca Diez. Psicólogo clínico. Hospital de la Plana. Castellón.

Introducción Psicooncología:

El cuerpo doctrinal de la Psicooncología se sustenta en dos objetivos o hipótesis fundamentales: en primer lugar el análisis de las variables psicológicas y conductuales que pueden ser factores de riesgo para presentar cáncer y /o afectar la supervivencia del paciente, nosotros los hemos agrupado con la denominación de ***Factores Psicoinductores***, y en segundo lugar, el estudio del impacto del cáncer sobre los aspectos psicológicos del paciente, su familia y el equipo asistencial, llamado por nosotros, ***Psicoconsecuencias***, y al que últimamente hemos añadido un tercer grupo de ***Factores Oncovinculados*** que se presentan sólo y exclusivamente en el desarrollo del proceso oncológico.

Esta reciente subespecialidad se desarrolla en el marco teórico y práctico de la Psiquiatría de Enlace, que ha ganado su propio espacio en el ámbito de la Medicina y de las Ciencias de la Salud. como menciona García Camba (1999), en el prefacio de su Manual de Psicooncología.

Las más de dos décadas dedicadas a la Psiquiatría y el Cáncer y posteriormente a la Psicooncología, en la Unidad de Psicooncología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, nos permite reflexionar sobre una larga lista de pacientes, con los que hemos compartido existencia y vivencia e intentar transmitir lo aprendido. El cáncer, consiste en varias enfermedades relacionadas, cada una definida por el tipo de tumor y por el órgano que afecta, (pulmón, mama, estómago, colon, recto , vejiga o próstata).La mayoría de los intentos de prevención del mismo están dirigidos en la actualidad a los agentes causales (tabaco, alcohol, alimentación...). Para nosotros, el interés está centrado en los factores emocionales del paciente con cáncer, con la idea de que puede existir una personalidad proclive al cáncer, y la emoción podría ser una causa indirecta al llevar a la persona al consumo de elementos cancerígenos; así las personas que tienden a suprimir sus emociones serían las más propensas al cáncer que otras, supresión como causa indirecta, que podría afectar a la actividad hormonal (Lazarus, 2000).

Hemos recogido gran cantidad de historias clínicas y las hemos sometido a distintas pruebas buscando variables con peso significativo, esta búsqueda amplia nos ha llevado a recoger entre otros los sueños de repetición en pacientes oncológicos en distintos periodos de evolución de su patología. Dentro de la pléyade de temáticas que nos aportaron, las de contenido sexual, o que rozaban tangencialmente la sexualidad han sido casi nulas, llamándonos la atención el erotismo inexistente en el mundo onírico (Llorca y Llorca). Recordamos, eso si, que el sueño operatorio alexitímico, según la terminología de las teorías Psicosomáticas de Pierre Marty (1995), fueron frecuentes.

De manera más objetiva hay ítems que utilizamos de manera sistemática dentro del Inventario para la Depresión de Beck para evaluar la presencia y la evolución de la sintomatología depresiva, los ítems relativos a la sexualidad son siempre negativos para el paciente, incluso apoyándose en la mímica de su corporalidad nos comentan: “cómo me pregunta usted eso, ¿ no sabe que tengo cáncer?”. Para los que no estén familiarizados con estos pacientes, el hecho de utilizar el test de Beck con preferencia al test de Hamilton, está motivado por la cantidad de respuestas de falsos positivos que puede dar éste (sintomatología sistémica de las enfermedades orgánicas). Recordamos que las entrevistas siempre tienen lugar con los mismos terapeutas y en un clima aséptico y relajado y el paciente está desprovisto, lo más posible, de la deseabilidad social.

SEXUALIDAD Y CÁNCER

El diagnóstico de cáncer, por la gravedad que conlleva en la mayoría de los casos, puede afectar de forma significativa la sexualidad de los enfermos oncológicos, al ser ésta una de las actividades del ser humano mas relacionadas con su psiquismo, de manera, que cualquier situación de tensión, el diagnóstico y las complicaciones del tratamiento son sin duda un importante factor de ansiedad (Matías, 1995), que suele implicar una alteración de la conducta sexual.

La disfunción sexual:

Es un tema que aparece con frecuencia y que preocupa no solo a los pacientes sino también a sus parejas ya que muchos tipos de cáncer y sus tratamientos pueden causar disfunción sexual. Además de los problemas derivados de tratamientos específicos como la cirugía, quimioterapia, radioterapia y tratamiento hormonal, nos encontramos con aquellos que presentan alteración de la imagen corporal percibida, en casos

concretos como las mastectomizadas, un año después de la intervención presentan alteraciones depresivo-ansiosas en un 20% de los casos (Filiberti, 1987).

Las investigaciones demuestran que cerca del 50% de las mujeres que han sido tratadas por cáncer ginecológico y cáncer de seno padecen disfunción sexual a largo plazo; igual sucede en aproximadamente el 70% de los hombres que han sido tratados por cáncer de próstata. En los pacientes sometidos a desarticulación del húmero y del fémur, la alteración de la esfera sexual es del 45%, mientras que en pacientes sometidos a amputaciones del recto por vía abdomino-peritoneal, llega al 90% (La Mónica, 1985). En las enfermas histerectomizadas la alteración sexual es del 40% y en aquellas sometidas a vulvectomy radical es del 75%. En el caso del cáncer testicular de la enfermedad de Hodgkin, el 25% queda con problemas sexuales duraderos (Havenga, 2000).

En todos los estudios, la estimación de disfunción sexual después de varios tratamientos anticancerosos han fluctuado de 40 % al 100 % (Derogatis, 1981), con énfasis particular en las localizaciones de cáncer que tienen repercusión directa en el funcionamiento sexual. Los problemas sexuales más comunes que experimentan los pacientes oncológicos son:

- la pérdida del deseo sexual en ambos sexos
- problemas para alcanzar una erección y mantenerla en los hombres
- dolor durante el coito en las mujeres

Los hombres también pueden verse afectados por la incapacidad de eyacular, (eyaculación retrógrada a la vejiga) o imposibilidad de alcanzar un orgasmo. Las mujeres pueden sufrir cambios en la sensibilidad genital por dolor y adormecimiento o capacidad reducida para llegar al orgasmo. Con frecuencia, tanto hombres como mujeres aún siendo capaces de tener orgasmos, éstos pueden retardarse por efecto de los medicamentos o de la ansiedad.

Dinámicamente la actividad o fantasía sexual puede ayudar al paciente a sentirse vivo e intacto cuando es amenazado por la amputación o la deformación. Ciertas practicas sexuales u objetos sexuales se vuelven como una droga que el paciente utiliza para “medicar o automedicar” su sensación de muerte interna o temor de auto-desintegración.

En cuanto a la percepción de la corporalidad, el paciente tiene tan alta la sensibilidad en el tema del rechazo, que el otro miembro pierde interés por las relaciones sexuales; sus esfuerzos por controlarse, pueden provocar la retracción de su pareja respecto de la intimidad sexual.

Factores relacionados con la cirugía

La cirugía también puede afectar directamente el funcionamiento sexual. Entre los factores que ayudan a predecir cuál será la función sexual de un paciente después de una cirugía están:

- Edad,
- Funcionamiento sexual y
- Funcionamiento vesicular premorbido
- Localización del tumor y tamaño,
- Amplitud de la resección quirúrgica

Las cirugías que afectan específicamente el funcionamiento sexual son las del:

- Cáncer de seno,
- Cáncer colorrectal,
- Cáncer de próstata y
- Otros tumores localizados dentro de la pelvis.

Cáncer de seno: es el tipo de cáncer mas sometido a investigación en la actualidad, con una gran difusión de todos los resultados obtenidos y en las ultimas décadas objeto de polémicas sobre las consecuencias de la radicalidad de la intervención, la función sexual después de la cirugía ha sido materia de intensa investigación. Debemos destacar las relativas a los procedimientos para salvar o reconstruir el seno que parecen tener poco efecto en la función sexual, comparados con aquellas en donde se extirpa toda la mama (Schover, 1994,1995). Las mujeres que han sido sometidas a cirugía para salvar el seno tienen más probabilidad de seguir disfrutando de las caricias en esa parte del cuerpo, pero no afecta la frecuencia del coito, la facilidad orgásmica, ni el experimentar satisfacción sexual en general. Actualmente

hay una mayor cantidad de compañías aseguradoras que cubren la cirugía plástica posmastectomía, porque se reconoce la necesidad de mejorar la autoestima y los problemas derivados de la imagen corporal en las pacientes con cáncer de mama (Nusbaum, 2002).

Cáncer colorrectal: las disfunciones de la vejiga y los problemas en el funcionamiento sexual son complicaciones comunes que provoca la cirugía del cáncer rectal. La causa principal de los problemas con la erección, la eyaculación y el orgasmo, son las lesiones en los nervios de la cavidad pélvica. La incidencia de la disfunción depende del tipo de cirugía llevada a cabo, es decir, del plano de la disección, el grado de conservación de los nervios autonómicos y la amplitud de la disección pélvica (Nesbakken, 2000). El deterioro nervioso puede ocurrir mediante herida directa, daño vascular con la tracción o la desvascularización (Chorost, 2000).

La neuroanatomía para el funcionamiento sexual requiere un sistema nervioso intacto, que incluye la interacción entre el sistema parasimpático y el simpático. La erección es una respuesta mediada por el parasimpático, mientras que la eyaculación depende del control simpático. La lesión de los nervios hipogástricos (simpáticos) o de los nervios espláncnicos (parasimpáticos) o de ambos durante la resección quirúrgica son las causas más probables de disfunción urinaria y sexual (Havenga 1996, 2000). La conservación del plexo pélvico es necesaria para mantener el funcionamiento eréctil, y es necesario preservar el nervio hipogástrico y el plexo pélvico para mantener la función eyaculatoria y el orgasmo.(Masui 1996)

Cáncer de próstata: las nuevas técnicas quirúrgicas de prostatectomía radical (extirpación completa de la próstata), que no afectan los nervios, están teniendo gran acogida porque su éxito para preservar la función eréctil es mucho mayor que el que se logra, con la radioterapia para el cáncer de próstata.

Se requiere un seguimiento a largo plazo para comparar los efectos de la cirugía con los de la radioterapia, ya que la recuperación de la función eréctil suele ocurrir principalmente en el primer año de la prostatectomía radical, mientras que la repercusión dañina de la radiación en la función eréctil es lenta y paulatina, y se siguen observando regresiones hasta 2 y 3 años después del tratamiento. El mecanismo que produce el deterioro de la función eréctil también difiere entre la cirugía y la radioterapia. La prostatectomía radical daña los nervios que dirigen el fluido de sangre al pené, lo que en definitiva reduce la oxigenación de estos tejidos y aumenta los

depósitos de colágeno que interfieren con el relajamiento del tejido del pené que es esencial para una erección firme (Montorsi, 1997), mientras que la radioterapia parece dañar el sistema de arterias que transporta sangre al pené (Zelevsky, 1998).

Otros tumores pélvicos: los enfoques quirúrgicos que tienden a preservar los nervios, parecen mejorar las posibilidades de recobrar la erección, al menos en cierto grado, después de una cistectomía radical (Marshall, 1991), y cirugía colorrectal (Enker, 1992).

La cirugía pélvica en la mujer incluye histerectomía, ooforectomía, cistectomía, vulvectomy y resección abdominoperineal, y suele implicar la extirpación de una porción de la vagina u otras partes de la anatomía genital femenina; así durante una histerectomía radical, la parte superior del canal vaginal suele extirparse. La cistectomía radical para el cáncer de la vejiga está relacionado frecuentemente con dolor por la reducción de la profundidad y el calibre de la vagina como resultado de la resección de toda la pared vaginal anterior. Estas pacientes pueden recuperar la sensación normal y el orgasmo con la ayuda de orientación psicológica, terapia hormonal y el uso de dilatadores vaginales (Schover, 1985).

La conservación del tejido vaginal puede reducir algunos de estos problemas. Se ha observado menos morbilidad cuando se preserva el tejido vulvar en una vulvectomy parcial comparada con la vulvectomy radical, pero la cantidad de tejido resecado no ha sido una buena variable predictiva de la satisfacción sexual postoperatoria, sin embargo, la calidad de la relación de la mujer con su pareja si se correlaciona positivamente con la función sexual (Weijmar Schultz, 1990).

Quimioterapia y sexualidad

La variable quimioterapia también se relaciona con la pérdida del apetito sexual y la disminución de frecuencia coital en ambos sexos. Los efectos secundarios como: náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, mucositis, variación de peso y alteración del gusto y el olfato contribuyen de manera significativa a ello. (Schover, 1997). La alopecia es frecuente y se relaciona de manera ansiosa con los cambios en la imagen corporal así como la pérdida de vello púbico.

En la mujer, los agentes citotóxicos (tamoxifeno), se relacionan con sequedad vaginal, dispareunia y facilidad reducida de llegar al orgasmo. La insuficiencia ovárica prematura, secundaria a la quimioterapia, produce síntomas menopáusicos y la mujer

que sufre pérdida repentina de la producción de estrógenos y andrógenos de los ovarios padece una serie de cambios sexuales relacionados. Los síntomas sexuales relacionados con la privación de estrógeno incluyen atrofia vaginal, adelgazamiento de los tejidos vulvares y vaginales, pérdida de la elasticidad de los tejidos, reducción de la lubricación vaginal, sofocos, infecciones más frecuentes del sistema urinario, cambios bruscos de disposición, cansancio e irritabilidad. En la mujer joven con cáncer de la mama que queda menopáusica, la preocupación de impulsar la recurrencia del cáncer con el uso de estrógeno produce tasas especialmente elevadas de problemas sexuales (Ganz y cols., 1998). La terapia de sustitución de estrógeno puede casi siempre dar marcha atrás a muchos de los problemas de naturaleza sexual. Las consecuencias de la menopausia en el funcionamiento sexual, frecuentemente no se comunican a la paciente, quien lucha por comprender estos cambios de su sensibilidad.

Para el hombre, los agentes quimioterapéuticos muy pocas veces juegan un papel obvio en la disfunción eréctil. La quimioterapia sistémica en el hombre, a veces interfiere con la producción de testosterona en los testículos (Gradishar, 1998), y raramente se ha observado casos en que las quimioterapias neurotóxicas interfieren con la eyaculación del semen en el orgasmo, supuestamente a causa del deterioro de los nervios autónomos implicados en la contracción de la próstata, las vesículas seminales y el cuello de la vejiga. (Nijman, 1988).

La mujer que tiene la enfermedad de injerto contra huésped después del trasplante de médula ósea puede desarrollar constricciones vaginales y adherencias que también interfieren con el coito. (Schubert, 1990). En el varón la pérdida del apetito sexual y la disfunción eréctil, es más común después del trasplante de médula ósea, y suele relacionarse con la neuropatía autónoma o con la enfermedad de injerto contra huésped (Wingard, 1992).

Radioterapia y sexualidad

La radioterapia es capaz de producir efectos secundarios, como cansancio, náuseas y vómitos, diarrea y otros síntomas, que reducen los rendimientos de la sexualidad. El cansancio y el cambio en los hábitos de evacuación asociados con la radiación probablemente contribuyen a la pérdida de la libido y reducción de actividad sexual que mencionan ambos sexos.

La irradiación pélvica en la mujer causa cambios vaginales. (deterioro del epitelio vaginal y capa basal de la mucosa), que provoca estenosis vaginal y fibrosis vascular. Estos factores traen como consecuencia la disfunción sexual prolongada, exámenes pelvianos dolorosos, dispareunia, posible toxicidad gonadal e infecundidad. Debe instruirse en el uso de dilatadores vaginales y comunicarle que el riesgo vascular puede ser temporal o permanente (Lamb, 1996).

La irradiación pelviana en el varón se ha asociado con dificultades en lograr o mantener una erección. La etiología exacta de la disfunción sexual después de la radioterapia aún se desconoce. Entre las etiologías que se han propuesto figuran lesión del nervio pudendo o simpático, oclusión vascular de las arterias del pené y niveles reducidos de testosterona. Con frecuencia, los cambios sexuales son insidiosos, progresando a lo largo de seis meses o un año después de la irradiación a medida que se desarrolla la fibrosis. Aumenta el riesgo de morbilidad sexual: fumar cigarrillos, antecedentes de enfermedad cardíaca, hipertensión y diabetes y, con mayor incidencia, en los hombres que ya se quejaban de la calidad deteriorada de las erecciones antes del diagnóstico de cáncer.

Factores relacionados con el tratamiento secundario a la terapia hormonal

La terapia hormonal para el cáncer de la próstata implica reducir andrógenos circulantes, 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 (Schover, 1993).

A causa del número creciente de jóvenes, que tienen mayor posibilidad de sexualidad adecuada, diagnosticados con cáncer prostático asintomático pero avanzado, por medio de la exploración relacionada con el antígeno específico a la próstata (PSA), se ha estado prestando más atención recientemente a la prevención de algunos aspectos de la morbilidad sexual del tratamiento. Se ha probado posponer la terapia hormonal hasta el comienzo de los síntomas (Klein, 1996), administrando de manera intermitente terapia hormonal mientras se necesite, para suprimir el PSA (Trachtenberg, 1997) o utilizando una combinación de finasterida y un bloqueador del receptor de andrógeno en vez de los tratamientos hormonales que eliminan totalmente la producción de andrógeno (Brufsky, 1997).

El tamoxifeno, para el cáncer de la mama, descrito como un fármaco antiestrogénico, en realidad actúa como un estrógeno débil en la región genital, este medicamento está asociado con sequedad vaginal, lubricación vaginal excesiva, dolor, reducción ocasional del deseo sexual y retardo orgásmico (Kaplan,1992). Los resultados de un estudio reciente, indican que hay diferencias en el efecto del estrógeno por edad, de tal forma pueda tener efectos antagonistas en la vagina de las mujeres más jóvenes y efecto agonista de estrógeno en las mujeres posmenopáusicas (Mortimer, 1999).

Factores Psicológicos

La pérdida de interés en el sexo suele ser secundaria a factores psicológicos, ambos sexos pueden pensar de forma incorrecta en la etiología por causa de actividad sexual en el pasado, relación extramatrimonial, enfermedad sexualmente transmitida, o aborto, llegando a temer que la actividad sexual puede fomentar una recurrencia de su tumor. Esta creencia errónea es especialmente significativa en los individuos cuya malignidad se encuentra en la región pélvica o genital. Las mujeres con carcinoma cervical de células escamosas, con frecuencia han leído u oído que este cáncer está relacionado con la enfermedad sexualmente transmitida llamada virus del papiloma humano (VPH) (Southern,1998). Los sentimientos de culpabilidad sobre la actividad sexual pasada o sobre el daño que puede hacersele al compañero sexual son temas que deben atenderse en estos pacientes. A los individuos infectados con el VIH, es importante ofrecerles orientación sobre las formas más seguras de las relaciones sexuales. Conviene aclarar que es el virus y no el cáncer el que es transmisible por contacto sexual.

La pérdida del apetito sexual o la reducción del placer sexual es un síntoma común de la depresión. La depresión es más prevalente en los pacientes con cáncer que en la población sana (Massie, 1998). Por lo tanto, una exploración para descartar la depresión, es parte importante de la evaluación de la disfunción sexual. Tratar la depresión puede ser útil para aliviar la disfunción sexual. Debiendo prestar atención a los efectos secundarios de naturaleza sexual de los antidepresivos al tomar las decisiones clínicas.

Los cambios en la imagen corporal pueden interferir con el apetito sexual en algunos sobrevivientes de cáncer, pero la repercusión de los tratamientos desfigurantes de cáncer, como la mastectomía, han sido exagerados. La conservación del seno puede dar como resultado que la mujer se autocalifique más atractiva físicamente en

comparación con las mujeres que se han sometido a la mastectomía. También es posible que se haya subestimado el aumento de peso después de la quimioterapia como factor reductor de los sentimientos de atractivo de la mujer (Demark, 1997).

Tener una ostomía para la eliminación de las heces fecales o de la orina también puede afectar el sentido del hombre o de la mujer de ser atractivo sexualmente. Se han indicado ciertas estrategias a utilizar para vencer estos problemas. El hombre o la mujer cuya relación no goza de la estabilidad de un compromiso también tiene que afrontar la posibilidad del trauma de ser rechazado por un nuevo compañero que se entere de su historial de cáncer. Las mujeres con conceptos negativos de la propia sexualidad tenían menos probabilidad de resumir relaciones sexuales o de tener una buena función sexual después del tratamiento para eliminar el cáncer ginecológico (Andersen, 1997). Uno de los factores más importantes para un buen reajuste después del cáncer son los sentimientos que la persona tenía en relación a su sexualidad antes del cáncer, por eso es importante una correcta evaluación de su sexualidad

Evaluaciones de la función sexual en pacientes con cáncer

Al hacer una entrevista detallada con el paciente solo o en compañía de su pareja, se pueden formular las siguientes preguntas sobre su funcionamiento sexual ahora y en el pasado:

- ¿Con qué frecuencia tiene deseo espontáneo de relaciones sexuales?
- ¿Disfruta el sexo?
- ¿Se excita sexualmente? ¿es capaz de tener una erección y mantenerla?, ¿se expande su vagina y se lubrica?
- ¿Es capaz de alcanzar el orgasmo durante el coito? ¿Qué tipos de estimulación activan el orgasmo
- ¿Tiene dolor durante el coito? ¿En dónde siente el dolor? ¿Cómo puede describir el dolor? ¿Qué tipo de actividad sexual ocasiona el dolor? ¿Siempre le causa dolor esta actividad? ¿Cuánto dura el dolor?
- ¿Cuándo comenzaron sus problemas sexuales? ¿Fue más o menos al mismo tiempo que cuando se le diagnosticó cáncer o comenzó a recibir tratamiento?

- ¿Está tomando medicamentos? ¿Se le prescribió un medicamento nuevo o el médico le cambió la dosis de alguno de ellos cuando comenzó a tener estos problemas sexuales?
- ¿Cómo era su funcionamiento sexual antes de que se le diagnosticara el cáncer? ¿Ya tenía algún problema sexual?

Tratamiento

A diferencia de otros efectos secundarios físicos del tratamiento del cáncer, es posible que los problemas sexuales no se solucionen en los primeros dos años de supervivencia sin enfermedad, por lo que pueden interferir con el regreso a una vida normal. Los pacientes que se recuperan del cáncer deben tratar en detalle sus preocupaciones sobre dichos problemas sexuales con un profesional de la salud. No hay que olvidar que una vez aparecida una emoción, la reacción puede entorpecer el pensamiento eficaz.

Antes de comentar los parámetros propios de la sexualidad, debemos hacer un breve comentario a la psicoterapia básica de todo paciente oncológico y que tanto esfuerzo necesita por parte del terapeuta por la implicación emocional que debe de ser movilizada:

- 1º.- Dolorosa necesidad de modificar la realidad
- 2º.-Difícil reevaluación de la vivencia interna del tiempo.
- 3º:- Aprender a vivir con la certeza de la incertidumbre (Llorca, 1999)

El tratamiento de la Psicopatología de la sexualidad en enfermos oncológicos abarca una amplia gama de terapias que incluyen desde el consejo sexual hasta las más intensivas terapias. Las bases sobre las que se establece el consejo sexual son variadas y comprenden desde la educación hasta la resolución de los conflictos de pareja. La educación puede ser el inicio de la posible solución de estas alteraciones. En la mayoría de los casos, el aumento del conocimiento por parte del paciente sobre su anatomía, fisiología sexual, alteraciones sexuales debidas a los tratamientos recibidos. harán mas fácil el posterior asesoramiento sobre la rehabilitación sexual (Comenarejo,1996).

Dentro de este aspecto educacional, es conveniente afrontar la minimización de los defectos físicos secundarios a determinados tratamientos, casi siempre quirúrgicos,

enfermos ostomizados, lainguectomizados, mastectomizados o con grandes mutilaciones precisaran de un apoyo especial en este sentido.

Uno de los métodos mas utilizados para la rehabilitación sexual es el de Annon (1976). Este método se conoce con las siglas PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, e Intensive Therapy). En la fase de autorización, el paciente comunica sus problemáticas sexuales, con el objetivo de que posteriormente contemple la viabilidad de desarrollar una actividad sexual adecuada. En la fase de información limitada, se informa al paciente de las disfunciones sexuales que pueden aparecer tras la aplicación de los distintos tratamientos, así como sus posibilidades de rehabilitación. La fase de indicaciones específicas, hace referencia a los consejos para reanudar su actividad sexual en concordancia con las posibilidades y deseos expresados anteriormente. Por ultimo, en la fase de terapia intensiva, en la que se encuentran el 15% de los pacientes con problemas sexuales, siendo además los que sufren alteraciones más severas, se encuentran los pacientes que suelen haber padecido conflictos previos al diagnóstico, como conflictividad familiar y disfunciones sexuales.

Muchos pacientes con disfunciones sexuales están realmente convencidos de que no deberían experimentar placer sexual, entonces mantienen su sintomatología. El tratamiento de las disfunciones sexuales es un área de la Psiquiatría de mucho valor y los clínicos deben templar sus necesidades transferenciales de curar respetando el derecho del paciente a elegir un patrón particular de adaptación sexual.

Como clínicos, debemos recordar que para algunos pacientes, un síntoma sexual no es nada mas que un ingreso a la psicoterapia. Una vez entraron en el consultorio, a estos pacientes les interesan mas otras áreas de sus vidas y los síntomas sexuales pierden trascendencia.

Referencias Bibliográficas:

- Annon, J. S. (1976). Behavioral treatment of sexual problems: Brief therapy. Hagerstown: Harper and Row.
- Colmenarejo Rubio, A y cols. (1996). Problemas sexuales en pacientes con cáncer. En M. González Barón (Ed.): *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el enfermo con cáncer*. México: Ed. Panamericana.
- Andersen, B. L., Woods, X. A., Copeland, L. J. (1997). Sexual self-schema and sexual morbidity among gynecologic cancer survivors. *Journal Consult Clinical Psychology*, 65 (2): 221-9.
- Brufsky, A., Fontaine-Rothe, P., Berlane, K., et al. (1997). Finasteride and flutamide as potency-sparing androgen-ablative therapy for advanced adenocarcinoma of the prostate. *Urology*, 49 (6): 913-20.
- Chorost, M. I., Weber, T. K., Lee, R. J., et al. (2000). Sexual dysfunction, informed consent and multimodality therapy for rectal cancer. *American Journal of Surgery*, 179(4): 271-274.
- Demark-Wahnefried, W., Rimer, B. K., Winer, E. P. (1997). Weight gain in women diagnosed with breast cancer. *Journal American Diet Association*, 97 (5): 519-26, 529.
- Derogatis, L. R., Kourlesis, S. M: (1981). An approach to evaluation of sexual problems in the cancer patient. *Cancer Journal for Clinicians*, 31(1): 46-50.
- Enker, W. E. (1992). (1992). Potency, cure, and local control in the operative treatment of rectal cancer. *Archives of Surgery*, 127(12): 1396-1402.
- Filiberti, A., et al. (1987). Psychological aspects of laser treatment for penile lesions. *Brithis of Journal Sexology Medicine*, 16, 312.
- García Camba E. (1999). *Manual de Psicooncología*. Madrid: Biblioteca Aula Médica.
- Ganz, P. A., Rowland, J. H., Desmond, K., et al. (1998). Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 16 (2): 501-14.
- Gradishar, W. J., Schilsky, R. L. (1988). Effects of cancer treatment on the reproductive system. *Crit Rev Oncol Hematol*, 8 (2): 153-71.
- Havenga, K., Enker, W. E., McDermott, K. , et al. (1996). Male and female sexual and urinary function after total mesorectal excision with autonomic nerve preservation for carcinoma of the rectum. *Journal of the American College of Surgeons*, 182(6): 495-502.
- Havenga, K., Maas, C. P., DeRuiter, M. C., et al. (2000). Avoiding long-term disturbance to bladder and sexual function in pelvic surgery, particularly with rectal cancer. *Seminars in Surgical Oncology*, 18(3): 235-243.
- Kaplan, H. S. (1992). A neglected issue: the sexual side effects of current treatments for breast cancer. *Journal of Sexuality Marital Therapy*, 18 (1): 3-19.
- Klein, E. A. (1996). Hormone therapy for prostate cancer: a topical perspective. *Urology*, 47 (Suppl), 3-12.

- La Mónica, G., et al. (1985). Incidence of sexual dysfunction in male patients treatment surgically for rectal malignancy. *Disease Colon Rectum*, 28, 297.
- Lamb, M. A. (1996). Sexuality and Sexual Functioning. En R. McCorkle, M. Grant, y M. Frank-Stromborg (eds): *Cancer Nursing: A Comprehensive Textbook*. Philadelphia: Saunders, 1105-1127.
- Lazarus, R. S., Lazarus, B. N. (2000). *Pasión y Razón. La comprensión de nuestras emociones*. Madrid: Paidós.
- Llorca G.J. Llorca G. (2001). *El sueño del paciente oncológico*. Reunión de la Sociedad de Análisis Existencial. Castillo de la Mota. Valladolid.
- Marshall, F. F., Mostwin, J. L., Radebaugh, L. C., et al. (1991). Ileocolic neobladder post-cystectomy: continence and potency. *Journal of Urology*, 145(3): 502-504.
- Marty, P. (1995). *La Psicología del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Massie, M. J., Popkin, M. K. (1998). Depressive disorders. En J. C. Holland, W. Breitbart, P. B. Jacobsen, et al. (eds): *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.
- Masui, H., Ike, H., Yamaguchi, S., et al. (1996). Male sexual function after autonomic nerve-preserving operation for rectal cancer. *Diseases of the Colon and Rectum*, 39(10): 1140-1145.
- Matías, J., y cols. (1995). Psicooncología: Ansiedad. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 23, 305-309.
- Montorsi, F., Guazzoni, G., Strambi, L. F., et al. (1997). 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. *Journal of Urology*, 158(4): 1408-1410.
- Mortimer, J. E., Boucher, L., Baty, J., et al. (1999). Effect of tamoxifen on sexual functioning in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 17 (5): 1488-92.
- Nesbakken, A., Nygaard, K., Bull-Njaa, T., et al. (2000). Bladder and sexual dysfunction after mesorectal excision for rectal cancer. *British Journal of Surgery*, 87(2): 206-210.
- Nijman, J. M., Schraffordt Koops, H., Oldhoff, J., et al. (1988). Sexual function after surgery and combination chemotherapy in men with disseminated nonseminomatous testicular cancer. *Journal Surgery Oncology*, 38 (3): 182-6.
- Nusbaum, M. R., Gamble, G., Skinner, B., Heiman, J. (2000). The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *Journal Fam. Pract.*, 49:229-32.
- Schover, L. R. (1994). Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 16: 177-182.
- Schover, L. R., Yetman, R. J., Tuason, L. J. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction: a comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*, 75(1): 54-64.

- Schubert, M. A., Sullivan, K. M., Schubert, M. M., et al. (1990). Gynecological abnormalities following allogeneic bone marrow transplantation. *Bone Marrow Transplant*, 5 (6): 425-30.
- Southern, S. A., Herrington, C. S. (1998). Molecular events in uterine cervical cancer. *Sexual Transmission Infect*, 74 (2): 101-9.
- Trachtenberg, J. (1997). Innovative approaches to the hormonal treatment of advanced prostate cancer. *European Urology*, 32 Suppl 3:78-80.
- Weijmar Schultz, W. C., Van de Wiel, H. B., Hahn, D. E., et al. (1992). Sexuality and Cancer in Women. *Annual Review of Sex Research*, 3: 151-200, 1992.
- Wingard, J. R., Curbow, B., Baker, F., et al. (1992). Sexual satisfaction in survivors of bone marrow transplantation. *Bone Marrow Transplant*, 9 (3): 185-90.
- Zelefsky, M. J., Eid, J. F. (1998). Elucidating the etiology of erectile dysfunction after definitive therapy for prostatic cancer. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 40(1): 129-133.