

El impacto del diagnóstico y del tratamiento oncológico en la sexualidad de las personas con cáncer. Recomendaciones para la práctica clínica

C. YÉLAMOS AGUA

Programas de Atención Psicológica. Asociación Española Contra el Cáncer

RESUMEN

El cáncer y los tratamientos oncológicos producen cambios y alteraciones en la sexualidad de las personas que se enfrentan a dicho diagnóstico. La disfunción sexual es una de las consecuencias más frecuentes y estresantes. El diagnóstico de cáncer, los tratamientos y los efectos secundarios pueden afectar a cada fase del ciclo de la respuesta sexual, desde la fase de deseo hasta el orgasmo y la satisfacción con la relación sexual.

Aunque el tratamiento del cáncer es el objetivo clínico primario, asegurar la mejor calidad de vida posible después del tratamiento es siempre necesario. La preservación de la función sexual es un componente clave de la calidad de vida. Sin embargo, y pese a los avances producidos en este campo, sigue siendo una de las “necesidades insatisfechas” comúnmente informadas por los pacientes y supervivientes de cáncer y que exige un abordaje desde la oncología.

PALABRAS CLAVE: Sexualidad. Cáncer. Función sexual. Disfunción sexual. Calidad de vida. Cuidados de apoyo.

INTRODUCCIÓN

Se estima que el número de nuevos casos de cáncer diagnosticados en España en el año 2020 alcanzará los 277 394, de los que casi el 40 % afectará a personas menores de 65 años (1). Los cánceres más frecuentemente diagnosticados en nuestro país son los de colon y recto, próstata, mama, pulmón y vejiga urinaria. Por sexos, la incidencia es mayor en hombres que en mujeres, así como también lo es el incremento previsto

ABSTRACT

Cancer and oncological treatments cause changes and alterations in the sexuality of people who faces cancer diagnosis. Sexual dysfunction is one of the most common and distressing consequences of cancer treatment. Cancer diagnosis, treatments and side effects can affect every phase of the sexual response cycle, from the desire phase to excitement, orgasm, and sexual satisfaction.

Although cancer treatment is the primary clinical goal, ensuring the best possible quality of life after treatment is always necessary. The preservation of sexual function is a key component of quality of life, however, despite advances in this field, it remains one of the “unmet needs” commonly reported by cancer patients and survivors and requiring an approach from oncology.

KEYWORDS: *Sexuality. Cancer. Sexual function. Sexual dysfunction. Quality of life. Support treatment.*

para los próximos años. La supervivencia de los pacientes con cáncer de España es similar a la de los países de nuestro entorno. Se estima que se ha duplicado en los últimos 40 años y es probable que, aunque lentamente, continúe aumentando. En este sentido, la supervivencia neta a cinco años de los pacientes diagnosticados de cáncer en el periodo 2008-2013 en España fue del 55,3 % en los hombres y del 61,7 % en las mujeres. Estas diferencias en la supervivencia global entre sexos probablemente sean debidas a que determinados tumores

son más frecuentes en un sexo que en otro, ya que las diferencias más importantes en supervivencia se deben al tipo tumoral junto con al estadio en el momento del diagnóstico (2).

Más de 32,6 millones de personas en el mundo y más de 1 600 000 de ellas en España han sobrevivido al cáncer. Este incremento de la supervivencia ha aumentado el interés y los estudios sobre el impacto del diagnóstico y de los tratamientos en la calidad de vida del paciente, así como sobre las necesidades que surgen como consecuencia de la experiencia vivida. No debemos olvidar que el cáncer es una enfermedad que afecta a los diferentes ámbitos de la vida de una persona, como el aspecto físico, el bienestar psicológico, el social y el laboral y a las relaciones interpersonales, entre otros.

La intimidad y el bienestar sexual de las personas que afrontan un cáncer pueden verse gravemente comprometidos tras la enfermedad oncológica. Así, son cada vez más frecuentes los estudios que ponen de manifiesto las necesidades de atención y apoyo en los aspectos relativos a la sexualidad de las personas con cáncer durante y también después del proceso oncológico y al final de la vida. Todas las modalidades terapéuticas utilizadas en oncología, cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia tienen la capacidad potencial de afectar significativamente a la función sexual, una consecuencia que conlleva un elevado nivel de angustia y que, hoy en día, sigue sin estar resuelta para las personas afectadas de cáncer y sus parejas.

En este artículo, se realizará una revisión de la problemática sexual más frecuente en las personas con cáncer y se abordarán las limitaciones encontradas en esta área, incluidas la dificultad para visibilizar la problemática existente, los obstáculos en la comunicación entre las personas afectadas y los profesionales sanitarios en torno a este tema y la ausencia de recursos de cribado y evaluación para utilizar en el ámbito clínico. Por último, se abordarán aquellas recomendaciones aconsejadas para encarar la problemática sexual con los pacientes de cáncer en la práctica clínica.

SEXUALIDAD Y CÁNCER: ¿UN PROBLEMA VISIBLE O INVISIBLE?

Las cifras de incidencia, prevalencia y supervivencia del cáncer nos señalan que la problemática sexual de las personas con cáncer no puede ni debe ser ignorada. Ampliando las razones que apoyan dicho planteamiento, deben reseñarse:

1. El 30 % de todos los cánceres diagnosticados en nuestro país afectan directamente a los "órganos sexuales": el cáncer de próstata es el cáncer más frecuente en hombres y el de mama, en las mujeres. Este porcentaje permite dimensionar, en primer lugar, la magnitud del problema, ya que son los cánceres más frecuentes en los hombres y mu-

eres de nuestro país. Siguiendo la estimación de nuevos casos de cáncer, 45 374 mujeres se enfrentarán a un cáncer de mama, cuerpo y cuello de útero y 36 436 hombres al de próstata y testículo (1).

2. El cáncer colorrectal es el más frecuentemente diagnosticado en nuestro país (44 231 nuevos casos) y sus tratamientos (incluyendo cirugía, radioterapia y quimioterapia) podrían afectar a la función sexual, elevando la incidencia y la prevalencia de la problemática sexual de las personas con cáncer. El efecto físico de la cirugía, los tratamientos asociados y el impacto emocional abocan al paciente a una experiencia difícil, especialmente tras una ostomía. Recuperar la función sexual supone un proceso complicado para estos pacientes y exige un abordaje no solo físico, sino también psicológico y social. Otros cánceres como los tumores de cabeza y cuello son también susceptibles de afectar potencialmente a la sexualidad porque conllevan una alteración específica a nivel de la cavidad oral que afecta a las glándulas salivares, sensibilidad bucal, etc., lo que influye en la salud sexual del paciente.
3. La prevalencia del cáncer está aumentando, de tal forma que 1 de cada 10 adultos, por tanto, paciente y pareja, están potencialmente afectados por dicha problemática, ya que la gran mayoría de los pacientes (hombres más que mujeres) tiene pareja (3).
4. El cáncer es una enfermedad que generalmente se diagnostica en personas de 50 a 74 años y, aunque la función sexual tiende a disminuir a medida que incrementa la edad, sigue siendo una parte importante de la vida de la persona. En una sociedad que envejece de forma rápida y progresiva, deben modificarse estereotipos sobre la salud y la vida sexual y preservarse como elementos claves tanto para el bienestar como para la calidad de vida del envejecimiento de las personas. La prevalencia de actividad sexual en general disminuye del 73 % (57 y 64 años) al 26 % (75 a 85 años) (4). Sin embargo, se observa que se mantiene una vida sexual activa hasta edades avanzadas. Los resultados con población española confirman la presencia de actividad sexual a edades avanzadas y longevas. Los datos pronostican la continuidad de la actividad coital (para 55-59 años, la esperanza de vida sexual activa (EVSA) es de 13,3 años en los hombres y de 8 años en las mujeres), así como su asociación con la salud y la salud sexual, con divergencias en función del sexo y de la edad. Los hombres presentan una trayectoria sexual activa más extensa que las mujeres, pero también más influenciada por la buena salud (agrega 2,6 y 1 años, respectivamente) y la buena salud sexual (añade 5,2 y 4,3 años, respectivamente). La EVSA también varía al considerar una mala salud (resta 2,7 años y suma 2 años) y una mala salud sexual (resta 2,9 y 1,3 años) (5).

Es importante determinar si los problemas sexuales experimentados por los supervivientes de cáncer de edad avanzada son significativamente diferentes de los que presentan la población general. Uno de los pocos estudios realizados con población de edad avanzada que comparó una muestra de supervivientes de cáncer colorrectal con un grupo control libre de enfermedad concluyó que los supervivientes varones de cáncer colorrectal eran menos activos sexualmente. Las supervivientes mujeres reportaron un menor disfrute sexual. Los supervivientes de cáncer rectal masculino tenían más problemas de disfunción eréctil y eyaculatoria (6). Por otra parte, se estima que la prevalencia de la disfunción sexual en mujeres con cáncer ginecológico es del 90 % frente al 40 % de la población general (7).

5. La alteración de la sexualidad y de la intimidad es una de las principales secuelas derivadas de la enfermedad y un motivo de preocupación para los pacientes o sus parejas. Dependiendo del diagnóstico y de los tratamientos utilizados, el porcentaje de trastornos de la sexualidad puede ser muy alto, hasta alcanzar el 100 % con algunas modalidades terapéuticas (8).

Indudablemente, si quiere prestarse una atención integral a estos pacientes, es importante que el profesional sanitario aborde la afectación de la vida sexual de sus pacientes. La preservación de la función sexual es un componente clave de la calidad de vida; sin embargo, sigue siendo una de las “necesidades insatisfechas o no cubiertas” comúnmente reportadas por los pacientes y por los supervivientes de cáncer (9).

NECESIDAD NO SIEMPRE DEMANDADA Y CASI NUNCA CUBIERTA

Aunque una parte significativa de las personas afectadas por cánceres, tanto pacientes como supervivientes, presenta algún tipo de alteración en la función sexual, resulta evidente que dicha problemática recibe menos atención que otro tipo de secuelas de dicha enfermedad. Estudios realizados con población española afectada de cáncer muestran un impacto negativo real, imprevisto y prolongado del cáncer o de su tratamiento sobre la sexualidad o la intimidad que afecta a más del 50 % de los pacientes. La preocupación por la sexualidad sigue siendo el problema más frecuentemente informado por los pacientes y supervivientes de cáncer después de la fatiga o pérdida de energía (10). Los pacientes y especialmente los supervivientes desean ser informados sobre las consecuencias del tratamiento del cáncer en su vida sexual. Sin embargo, seis de cada diez señalan que no han recibido ningún tipo de asistencia o apoyo para resolver esta situación.

En comparación con otras áreas de adaptación después de la enfermedad, la recuperación de la sexuali-

dad puede verse obstaculizada por el hecho de que tanto a la mayoría de los pacientes y sus parejas como a los especialistas en oncología les resulta difícil hablar abiertamente sobre la sexualidad. Pero también hay una falta de atención profesional hacia este tema que se basa parcialmente en el tabú general que todavía rodea a la sexualidad.

Aún hoy permanece una evitación o renuencia general de los profesionales sanitarios y de los propios pacientes a comentar las dificultades sexuales (11). La presión asistencial y el escaso tiempo disponible para abordar esta problemática, la falta de privacidad en consulta, la escasa o inadecuada formación recibida en este tema por parte de los especialistas, el desconocimiento acerca de intervenciones eficaces y la preocupación por incomodar a los pacientes al hablar de este tema suelen ser las principales barreras por parte de los especialistas (12). Además, suelen coexistir factores como la vergüenza o la tendencia a subestimar la salud sexual de los pacientes basados en creencias como la edad avanzada o la ausencia actual de pareja (13,14). Finalmente, otros consideran que los pacientes que tienen una preocupación específica sobre la sexualidad serían capaces de gestionar esta preocupación y su posible solución por sí mismos (8).

Por otra parte, la gran mayoría de pacientes y sus parejas tampoco se sienten cómodos al abordar este tema con sus especialistas, incluso cuando su vida sexual está seriamente deteriorada. Con frecuencia se observa dificultad ante el hecho de tener que compartir con un tercero información íntima, sentimientos de vergüenza al abordar el tema sexual al tratar una enfermedad tan grave y amenazante como el cáncer y a que el sexo pueda parecer algo frívolo o secundario, preocupación por hacer sentir al profesional cierta incomodidad o vergüenza, creencias sobre el hecho de que debe ser responsabilidad del especialista abordar esta cuestión o que las preocupaciones por la salud sexual son esperables y normales y, por tanto, no tratables (15,16).

La vida sexual de los pacientes de cáncer y sus parejas se ve afectada por el proceso de enfermedad, pero puede complicarse y bloquearse aún más por la dificultad de abordar temas sexuales abiertamente, con lo que se obstaculiza la adaptación y el posible abordaje. Los profesionales de la oncología deben abordar de forma proactiva esta área y poner todos los medios a su alcance para facilitar el tratamiento de los cambios y secuelas derivadas del cáncer con los pacientes, paliando los trastornos sexuales que puedan derivarse del hecho de padecer cáncer con los tratamientos que se requieran y permitiéndoles llevar una vida sexual lo más sana y satisfactoria posible.

PROBLEMÁTICA Y DISFUNCIÓN SEXUAL EN LAS PERSONAS AFECTADAS POR CÁNCER

La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos,

culturales, éticos y religiosos o espirituales. La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. De este modo, comprendería una visión positiva que iría mucho más allá de la ausencia de malestar, trastornos o enfermedades.

El cáncer, los tratamientos oncológicos y sus efectos secundarios, así como las secuelas y las discapacidades asociadas con frecuencia, afectan a la función sexual de manera permanente o transitoria. Las alteraciones de la sexualidad inducidas por estos procesos suelen ser multifactoriales y a su desarrollo contribuyen factores tanto físicos y psicológicos como de la pareja y de la propia relación. Entre los factores físicos deben considerarse aquellos derivados de la propia enfermedad y de los tratamientos recibidos. Entre los factores psicológicos es necesario tener en cuenta los niveles de angustia, así como la posible aparición de problemas de autoconcepto e imagen corporal, presencia de sintomatología ansiosa y, sobre todo, de depresiva asociada a la propia enfermedad.

La prevalencia de las disfunciones sexuales atribuibles a la enfermedad o al tratamiento oncológico muestra valores que oscilan entre el 35 y el 85 % en hombres y mujeres (17). Aproximadamente el 50 % de las mujeres que ha tenido cáncer de mama presenta disfunciones sexuales (18,19) y una proporción similar las que han tenido cáncer ginecológico (20).

La afectación puede referirse a una o a varias fases del ciclo de la respuesta sexual, desde el deseo y la excitación hasta el orgasmo y la satisfacción con la relación sexual. Las disfunciones sexuales más frecuentes en las personas con cáncer son la falta de deseo sexual en ambos sexos, la disfunción eréctil en el varón y la dispareunia en la mujer.

La ausencia de deseo es una secuela frecuente en ambos sexos a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. En algunos pacientes, aparece antes incluso del diagnóstico relacionada con la presencia de fatiga (tumores hematológicos) o de alteraciones vaginales (cáncer ginecológico). Durante los tratamientos puede permanecer esta situación, principalmente causada por la disminución de la testosterona (castración quirúrgica o química, radioterapia pélvica o altas dosis de opioides), la fatiga (especialmente en el tratamiento de tumores hematológicos y en tratamientos con quimioterapia) y efectos secundarios de la medicación, especialmente los antidepresivos SSRI y SNRI. Es destacable que el grupo de medicación antidepresiva (paroxetina, citalopram y venlafaxina), que en conjunto representa más de la mitad de todas las prescripciones ambulatorias, influye negativamente en el deseo sexual en más del 60 % de los pacientes (21).

Junto a estos condicionantes físicos, hay que señalar los psicológicos o emocionales. La presencia de depresión, ansiedad, trastornos adaptativos o aflicción son condiciones que disminuyen el deseo de la mayoría de los pacientes (22). Asimismo, influyen otros efectos secundarios relacionados con la enfermedad y el tratamiento: alteraciones de la imagen corporal, incontinencia, dolor, cambio de la dinámica y relación de pareja, etc.

Las alteraciones que se producen en la fase de excitación afectan de forma diferente a hombres y mujeres. En las mujeres suelen estar relacionadas con la disminución de la lubricación y con la pérdida de zonas erógenas como, por ejemplo, tras la mastectomía para aquellas mujeres en las que la estimulación mamaria era un requisito previo para la excitación y el orgasmo. En los hombres, la mayoría de las alteraciones en la fase de excitación están causadas por alteraciones de las vías nerviosas que inducen la erección. La cirugía radical para el cáncer de próstata, el cáncer de vejiga y el cáncer colorrectal y la terapia androgénica con frecuencia conllevan la presencia de disfunción eréctil.

CÓMO AFECTA EL CÁNCER EN LA MUJER: DISFUNCIONES SEXUALES MÁS FRECUENTES

La problemática sexual más frecuente en las mujeres con cáncer se relaciona con un bajo deseo sexual, dificultades en la excitación y el orgasmo, sequedad vaginal o dispareunia, alteraciones en la imagen corporal, obstrucción vaginal o estenosis (23,24).

La literatura se centra especialmente en las alteraciones presentadas por las mujeres con cáncer de mama. La problemática sexual tras el diagnóstico de esta enfermedad es relativamente frecuente, expresada a través de molestias y quejas (30-100 %), trastorno del deseo (23-64 %), de la excitación (20-48 %), orgasmo (16-36 %) y dispareunia (35-38 %) (25,26). Todo ello constituye una fuente adicional de angustia para las mujeres durante las distintas fases de la enfermedad y está asociada a factores etiológicos que incluyen la menopausia precoz inducida por los tratamientos, la disfunción sexual premórbida, autoconcepto negativo (27), cambios o problemas en la relación de pareja y depresión (28).

En general, una de cada tres mujeres (29) percibe cambios negativos en su vida sexual tras el cáncer de mama. Se encuentran porcentajes más elevados en estudios en mujeres jóvenes recién diagnosticadas, en los que la presencia de disfunción sexual se relaciona en la mitad de ellas asociada a sequedad vaginal, a peor salud mental, estar casadas, problemas de imagen corporal o a dificultades de la pareja para entender sus sentimientos (14).

Los tratamientos utilizados conllevan una alteración significativa de la calidad de vida sexual en las mujeres con cáncer de mama (30). La quimioterapia, la juventud, el estadio más avanzado de la enfermedad,

la sintomatología depresiva y haber sido sometida a una mastectomía son los factores más frecuentemente relacionados. Resultados similares se recogen en otros estudios (31). La radioterapia en el cáncer de mama puede provocar fibrosis y pérdida de sensibilidad de la piel, daño cardíaco y respiratorio, alopecia, diarrea, fatiga y cansancio general, que afectan negativamente al deseo y a la respuesta sexual. Aunque la mayoría de las mujeres refieren que *están* satisfechas con la reconstrucción mamaria posterior (32), se observa escasa información y malestar ante otros cambios menos obvios, pero que generan desconsuelo, como la pérdida de la sensibilidad en la mama y en el pezón, así como alteraciones en el sentido propioceptivo (33).

Actualmente, hay suficientes evidencias empíricas que permiten afirmar que ciertas alteraciones en el ajuste psicosexual de las mujeres tratadas de cáncer de mama persisten años después de los tratamientos (34), principalmente la falta de deseo sexual, la dificultad para relajarse y disfrutar de las relaciones sexuales y dificultades para lograr la excitación y el orgasmo (35).

Las mujeres con cáncer ginecológico señalan con frecuencia menor interés sexual, presencia de disfunciones sexuales y menor satisfacción sexual (36). Los efectos secundarios del tratamiento para el cáncer ginecológico a nivel sexual son de etiología multifactorial. No solo las distintas modalidades de tratamientos (cirugía, quimioterapia y radioterapia), sino también la presencia de problemas psicológicos asociados pueden influir en la problemática sexual. Los procedimientos quirúrgicos tienen un impacto significativo en la función sexual y con frecuencia conllevan la presencia de dolor y pérdida de sensibilidad (37). Las mujeres que reciben radioterapia pélvica presentan alteraciones sexuales relacionadas con la presencia de adherencias, atrofia vaginal, estenosis y sequedad vaginal ante la falta de lubricación (38). Como consecuencia, la mayoría de ellas presenta disfunciones sexuales persistentes (39). Es destacable la ausencia y la falta de información y comunicación con los especialistas que las pacientes señalan tras dichos cambios (40).

CÓMO AFECTA EL CÁNCER EN EL HOMBRE: DISFUNCIONES SEXUALES MÁS FRECUENTES

Gran parte de la investigación sobre la interacción entre el cáncer y la salud sexual en los hombres procede de los estudios realizados en varones con cáncer de próstata. En esta población, la incidencia de disfunción sexual es alta y varía según el tratamiento. El cáncer de próstata es el segundo cáncer más frecuente en varones y la disfunción eréctil es la problemática sexual más común. Un 77 % de los hombres presenta esta problemática después de la prostatectomía radical y hasta un 60 % de los tratados con radioterapia (41). Otros efectos

secundarios de los tratamientos incluyen pérdida de la libido, cambios en el orgasmo, incapacidad para eyacular, reducción de la longitud del pene (10,42) y pérdida de la satisfacción orgásmica (43).

A pesar de los avances en las técnicas quirúrgicas para reducir la morbilidad, los problemas sexuales siguen siendo un efecto adverso y frecuente que genera un elevado nivel de abatimiento entre los pacientes que se enfrentan a una prostatectomía radical, con una mayoría de ellos que no recupera la función sexual al nivel preoperatorio. Además, la radioterapia para el cáncer de próstata, tanto externa como la braquiterapia, también puede conducir a disfunción eréctil, con tasas más altas en la radioterapia externa frente a la braquiterapia. La terapia hormonal también tiene un profundo impacto en la función sexual. Concretamente, la terapia de privación androgénica tiene efectos significativos en la alteración de la función sexual, con más del 95 % de los hombres que informan de pérdida de deseo (44), disfunción eréctil y una serie de efectos adversos como sofocos, fatiga, ginecomastia y labilidad emocional que pueden afectar a la imagen corporal, a la identidad percibida y a la experiencia de masculinidad.

La capacidad de tener una erección que permita la penetración durante las relaciones sexuales es importante para muchos hombres y se identifica como una parte de la identidad masculina. A pesar del apoyo de la pareja, la disfunción eréctil genera un elevado nivel de angustia, afecta a la identidad masculina y muchos hombres experimentan un profundo sentimiento de pérdida (45).

El retraso o la ausencia de orgasmo, o la presencia de dolor junto al orgasmo, principalmente en el pene y en los testículos, también son frecuentes. En los hombres tratados con prostatectomía radical, la presencia de dolor asociada al orgasmo se ha notificado hasta en un 20 % de los casos (46) y los síntomas pueden persistir hasta 24 meses.

CÁNCER EN AMBOS SEXOS: DISFUNCIONES SEXUALES MÁS FRECUENTES

No solo los cánceres que afectan de forma específica a los órganos genitales tienen la potencialidad de alterar la función sexual en las personas con cáncer. El cáncer colorrectal es el cáncer diagnosticado con más frecuencia en nuestro país en ambos sexos y su abordaje terapéutico puede afectar potencialmente a la función sexual, especialmente si el tumor se localiza en el recto. Los supervivientes de cáncer rectal presentan disfunción sexual en un 86 % de los casos en comparación con el 39 % de los supervivientes de cáncer de colon (47). La cirugía pélvica puede dañar los nervios y provocar disfunción eréctil y eyaculatoria en los hombres y dispareunia, bajo nivel de deseo y cambios en el orgasmo en las mujeres. La radioterapia pélvica también

se asocia con la disfunción sexual. Pero las consecuencias de dichos tratamientos no son solo físicas. Recuperar la función sexual tras una ostomía es un reto complicado para los pacientes que suelen enfrentarse a la presencia de problemática psicológica relacionada con alteraciones de la imagen corporal, autoestima, elevado nivel de intranquilidad, ansiedad y depresión.

El cáncer de vejiga también tiene un impacto significativo en la función sexual masculina y femenina. La cistectomía radical conlleva una alta prevalencia de disfunción eréctil en varones y disfunciones sexuales generalizadas para las mujeres.

En el caso de tumores hematológicos, persiste la disfunción sexual en supervivientes de trasplante de médula ósea años después del trasplante. El diagnóstico de un cáncer de cabeza y cuello y las diferentes modalidades terapéuticas deben tener en cuenta tanto las consecuencias físicas como psicológicas y sociales, ya que tienen un impacto directo en la salud sexual de la persona afectada.

A pesar de la situación, la vida sexual de los pacientes permanece incluso en la fase avanzada o final de la enfermedad. Algunas personas enfermas y las parejas a veces permanecen sexualmente activos hasta los últimos días de vida; incluso se encuentran algunas parejas que parecen aumentar e intensificar su contacto sexual (48).

Todo ello hace necesario no solo entender cómo las diversas enfermedades y tratamientos oncológicos afectan a la sexualidad del paciente, sino también avanzar hacia un conocimiento y una evaluación efectiva y eficaz que permitan explorar las estrategias de apoyo y las intervenciones específicas dirigidas a abordar la disfunción sexual relacionada con el cáncer y a promover una calidad de vida aceptable para la persona que la sufre.

SCREENING Y EVALUACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA SEXUAL

El reajuste sexual debe ser parte de la atención integral a los pacientes con cáncer, ya que la salud sexual influye positivamente en la mejora de la calidad de vida y de las relaciones de pareja e interpersonales. Por tanto, debe plantearse en las consultas de oncología el asesoramiento y la orientación sexual de forma rutinaria, sistemática e individualizada. El profesional debe tener tiempo para poder abordar estas cuestiones en consulta y poder mantener la privacidad y la confidencialidad adecuadas para lograr la confianza y la comodidad que cada persona necesita, ya que en el abordaje de la sexualidad estarán implícitos sus valores y creencias, así como sus contextos cultural, religioso y educativo.

Medidas de cribado en aplicación en la consulta podrían ayudar a abordar el tema con el paciente. Preguntas sencillas y abiertas sobre las preocupaciones observadas, como: “¿Qué cuestiones o temas te han preocupado especialmente durante el último mes?”, o bien

más directivas, incluyendo ítems de carácter sexual, tales como: “Con frecuencia algunos pacientes nos comentan que, como consecuencia de la enfermedad y de los tratamientos, han notado una pérdida de interés por el sexo, ¿has notado algo similar?”, incluyendo después otros ítems que puedan completar la información, tales como “presencia de dolor durante la relación sexual”, “dificultad para la excitación o el orgasmo”... pueden ayudar en el abordaje.

El instrumento más importante de evaluación de una posible disfunción sexual es la entrevista clínica con la persona afectada y, si es posible, con su pareja, pues su presencia ayuda en la comprensión del entorno psicosocial del paciente y en la perspectiva de la pareja sobre el problema sexual. Es conveniente realizar una mínima historia sexual valorando la situación actual, la frecuencia de relaciones y de orgasmos, el funcionamiento sexual previo, la relación de la pareja y todos aquellos aspectos relativos a la enfermedad, tratamientos oncológicos y farmacológicos que puedan relacionarse con la disfunción sexual.

Los cuestionarios pueden ser útiles como instrumentos complementarios, aportando datos objetivos para evaluar la respuesta al tratamiento o la progresión de la disfunción.

En el caso de los hombres, dos cuestionarios son los más utilizados. El *Expanded Prostate Cancer Index* (EPIC) (49) es un cuestionario autoadministrado específico para la evaluación del impacto de los tratamientos en la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata validado en español (50). Contiene 50 ítems que gradúan el impacto subjetivo y objetivo de síntomas en la calidad de vida en cuatro *áreas claves*: urinaria, digestiva, sexual y hormonal.

El Índice Internacional de la Función Eréctil (*International Index of Erectile Function*, IIEF) (51) es otro de los cuestionarios de interés. Ofrece una versión abreviada de cinco ítems del Índice Internacional de la Función Eréctil (52) (IIEF-5), también conocido por el acrónimo SHIM (53) (*Sexual Health Inventory for Men*). De ellos, cuatro hacen referencia a la función eréctil y uno a la satisfacción con el acto sexual en los últimos seis meses. Los cinco ítems permiten identificar la presencia o la ausencia de disfunción eréctil de acuerdo con la definición del NIH (54) con un puntaje máximo de 30 (grave [1-10], moderada [11-16], leve [17-25] y sin disfunción eréctil [≥ 26]).

Para las mujeres, destaca el instrumento autoadministrado Índice de Función Sexual Femenina (*Female Sexual Function Index* FSFI) (55), de uso sencillo y rápido que consta de 19 ítems agrupados en seis dominios relacionados con la fase de la respuesta sexual: deseo sexual, capacidad de excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Un puntaje ≤ 26 estima riesgo de disfunción sexual femenina. Es una herramienta con propiedades psicométricas óptimas para cada uno

de los dominios, altos niveles de confiabilidad, consistencia interna y aplicabilidad en un amplio rango de edades.

Es importante identificar a los pacientes con riesgo elevado de problemas sexuales de forma temprana, comenzando de una forma precoz el análisis y la discusión de las posibles consecuencias del tratamiento sobre la función sexual. A partir de esta valoración, es conveniente plantear una línea de derivación o intervención con los especialistas más adecuados, profesionales expertos en medicina y terapia sexual, psicooncología, sexología, etc., ya que este enfoque ayudará a muchos pacientes a encontrar un tratamiento específico para su problemática. Puede ser también la primera oportunidad de aconsejar e informar al paciente y a su pareja sobre la función sexual. Un asesoramiento centrado en la comunicación, los miedos y las barreras puede mejorar la intimidad y la actividad sexual después del tratamiento (56).

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Como previamente se ha señalado, en la práctica clínica no suele abordarse la problemática sexual derivada del diagnóstico o de los tratamientos oncológicos con la persona afectada. Los estudios muestran que alrededor de un tercio de los pacientes y sus parejas se adaptan a la nueva situación sin quejas; otro tercio demanda soluciones sencillas como orientación y consejo y otro tercio solicita atención especializada (57).

En el caso de los hombres, la literatura señala que el 35 % de aquellos a los que se ofrecieron opciones terapéuticas alternativas a los medicamentos orales para tratar la disfunción eréctil las rechazaron y preferirían esperar a que la situación mejorara (58).

En 2016, Cancer Care Ontario (CCO) publicó una guía de recomendaciones dirigidas a mejorar la función sexual de las personas con cáncer con el objetivo de disminuir la angustia y mejorar su calidad de vida (59). La Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO), a través de un comité de expertos, adaptó posteriormente dichas recomendaciones, basándose en criterios de evidencia científica (60) (Tabla I). Dichas recomendaciones no se dirigen a los adultos que tuvieron un cáncer en la infancia o adolescencia.

Las recomendaciones generales refuerzan la importancia de hablar con el paciente sobre su sexualidad y la disfunción sexual resultante del diagnóstico de cáncer o su tratamiento. La comunicación muestra ser más eficaz cuando se inicia tras el diagnóstico y al comienzo del tratamiento. Por otra parte, debe ofrecerse información a las personas con cáncer de forma regular tras el diagnóstico, durante el tratamiento y al finalizarlo. Es relevante incluir a la pareja cuando se aborda la problemática sexual en el paciente con cáncer (61), pues los beneficios terapéuticos tienden a aumentar (62), aunque rara vez suelen participar (63).

La comunicación debe ser iniciada por el profesional sanitario. Debe ofrecerse asesoramiento psicológico o psicosexual a todos los pacientes con cáncer, especialmente a aquellos con mayor riesgo, con el objetivo de prevenir y mejorar la respuesta sexual, la imagen corporal, la intimidad y los problemas de relación de pareja, el funcionamiento sexual general y la satisfacción. Para ello, es necesario identificar de una forma precoz aquellos factores físicos que contribuyen a mantener la problemática sexual. Así, en mujeres con síntomas de atrofia vaginal o vulvar, se recomienda como primera opción el uso de lubricantes, humectantes e hidratantes vaginales. En algunos casos, y siempre bajo criterio médico, puede considerarse la utilización de estrógenos vaginales en dosis bajas, lidocaína y dehidroepiandrosterona. En los hombres, los medicamentos como los inhibidores de la fosfodiesterasa 5, tales como el sildenafil, el vardenafilo y el tadalafilo, pueden ser beneficiosos para mejorar la función eréctil al reducir la degradación del GMPc, lo que permite una mejor y más prolongada vasodilatación. La cirugía sigue siendo una opción para aquellos con síntomas o complicaciones de tratamiento refractarias al tratamiento médico. Tanto las mujeres como los hombres que presentan síntomas vasomotores son candidatos a intervenciones para mejorar los síntomas, incluyendo intervenciones psicológicas basadas en la terapia cognitivo-conductual, técnicas de relajación y respiración y medicamentos como venlafaxina y gabapentina.

Aunque se necesitan más estudios para cada tipo de cáncer y tratamiento, las recomendaciones generales adecuadas para todos los pacientes y que pueden mitigar el impacto del cáncer en la función y satisfacción sexual incluyen: a) abordar la problemática sexual previa al tratamiento oncológico de la misma forma que en personas sin cáncer; b) usar técnicas de tratamiento con menor probabilidad de dañar las vías nerviosas, las estructuras vasculares o las locales; c) abordar la alteración hormonal derivada del tratamiento, y d) utilizar todos los recursos psicológicos, sexuales, farmacológicos y mecánicos apropiados después del tratamiento. La recuperación sexual funcional dependerá de muchos factores, incluyendo la edad, el funcionamiento sexual previo, las comorbilidades y la medicación.

CONCLUSIONES

La sexualidad es un fenómeno complejo que comprende temas emocionales, físicos y relacionales. Es fundamental adoptar un enfoque biopsicosocial integrador para entender y abordar este aspecto fundamental de la calidad de vida de las personas afectadas de cáncer. La preservación de la vida sexual del paciente es una necesidad, incluso en fases finales de la enfermedad en las que, aunque disminuya el interés por el coito, el deseo de proximidad y de contacto físico se mantiene.

TABLA I
SÍNTOMAS E INTERVENCIÓN SUGERIDA EN DISFUNCIÓN SEXUAL (ADAPTADO DE LA GUÍA ASCO Y CCO)

	<i>Sintomatología</i>	<i>Intervención sugerida</i>
<i>Mujeres con cáncer</i>	Dificultades en la respuesta sexual (deseo, excitación y orgasmo)	Asesoramiento y atención psicológica o psicosexual Estimulación regular (incluyendo masturbación) Flibanserina para mujeres premenopáusicas
	Imagen corporal	Asesoramiento y atención psicológica, intervención con la pareja
	Relaciones íntimas/pareja	Asesoramiento y atención psicológica, intervención con la pareja
	Función sexual general y satisfacción	Asesoramiento y atención psicológica, psicoeducación y manejo de síntomas, consulta salud mental Ejercicio físico o fisioterapia del suelo pélvico
	Síntomas vasomotores	Asesoramiento y atención psicológica (terapia cognitivo-conductual) Paroxetina, fluoxetina (no a mujeres con cáncer de mama en tratamiento con tamoxifeno), venlafaxina, gabapentina o clonidina Enfoques integrativos, como la hipnosis clínica Terapia estrogénica (oral, transdérmica o vaginal) cuando no esté contraindicada; terapia hormonal (para mujeres con cánceres no hormonodependientes)
<i>Hombres con cáncer</i>	Síntomas físicos genitales, incluyendo dispareunia, atrofia o dolor vaginal	Terapia cognitivo-conductual Ejercicio físico o fisioterapia del suelo pélvico Humectantes y lubricantes vaginales, estrógenos vaginales, dilatadores vaginales, Moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (MSRE) - ospemifeno (mujeres posmenopáusicas sin cáncer de mama) Lidocaína dehidroepiandrosterona Analgésicos (para mujeres con inhibidores de la aromatasa)
	Respuesta sexual, incluyendo disfunción eréctil	Inhibidores de la PDE-5, dispositivos de vacío externos (VED), dispositivos uretrales (MUSE: Sistema Uretral Medicado para la Erección), inyección intracavernosa Intervención quirúrgica, incluyendo prótesis de pene y testículos Asesoramiento y atención psicológica Estimulación regular (incluyendo masturbación)
	Cambios físicos genitales, Imagen corporal	Dispositivos de vacío externos (VED) Inhibidores de la PDE-5
<i>Hombres con cáncer</i>	Relaciones íntimas/pareja	Asesoramiento y atención psicológica individual/pareja
	Función sexual general y satisfacción	Asesoramiento y atención psicológica. Psicoeducación Medicación y dispositivos para favorecer la erección
	Síntomas vasomotores	Venlafaxina, acetato de medroxiprogesterona, acetato de ciproterona y gabapentina Acupuntura, hipnosis Asesoramiento y atención psicológica individual/pareja

Las disfunciones sexuales y la insatisfacción son bastante frecuentes después de un diagnóstico de cáncer y a menudo se ven exacerbadas por los tratamientos. Cada etapa de la enfermedad, desde el diagnóstico inicial, el tratamiento e incluso hasta la fase de larga supervivencia, lleva implícita una gran variedad de factores de estrés psicosociales para el paciente. Los cambios físicos producidos como consecuencia de la enfermedad o los tratamientos pueden asociarse a una alteración de la función sexual y a un deterioro en la percepción de la imagen corporal y suelen ir acompañados de una menor autoestima, lo que coloca a la persona en una situación de alta vulnerabilidad psicológica. La identidad sexual y las relaciones íntimas y de pareja también pueden verse afectadas negativamente.

Los equipos de oncología necesitan abordar, orientar y aconsejar sobre la función sexual durante el proceso de enfermedad del paciente con cáncer. Es necesario abordar de forma temprana en consulta todas aquellas dudas y preocupaciones sexuales, o incluso, la ausencia de ellas. Por otra parte, durante y después del tratamiento debe incluirse información adicional sobre la salud sexual y la posibilidad de derivar a servicios especializados de atención y soporte psicológico, farmacológico, o mecánico que puedan mitigar los problemas sexuales resultantes.

CORRESPONDENCIA:

Carmen Yélamos Agua
Asociación Española Contra el Cáncer
C/ Teniente Coronel Noreña, 30
28045 Madrid
e-mail: c.yelamos.2013@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

- REDECAN. Red Española de Registros de Cáncer [último acceso: 04/10/20]. Disponible en: https://redecn.org/redecn.org/es/Estimaciones_Incidencia_Cancer_en_Espana_2019058c.pdf?file=833&news=448
- SEOM. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2020. [último acceso: 04/10/20]. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf
- Bondil P. A Comprehensive Guideline on Sexual Care in Case of Cancer. In: Reisman Y, Gianotten WL (eds.). Cancer, intimacy and sexuality: a practical approach. New York: Springer; 2017. pp. 37-47.
- Lindau S, Gavrilova N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ* 2010;340c810.
- Faus-Bertomeu A. Salud, sexo y comportamiento sexual: la esperanza de vida sexual activa. *Gac Sanit* 2020. DOI: 10.1016/j.gaceta.2019.07.012
- Den Oudsten BL, Traa MJ, Thong MSY, et al. Higher prevalence of sexual dysfunction in colon and rectal cancer survivors compared with the normative population: a population-based study. *Eur J Cancer* 2012;48:3161-70.
- Onujiogu N, Johnson T, Seo S, et al. Survivors of endometrial cancer: who is at risk for sexual dysfunction? *Gynecol Oncol* 2011;123(2):356-9.
- Reisman Y, Gianotten WL. The value of paying attention. In: Reisman Y, Gianotten WL, eds. Cancer, intimacy and sexuality: a practical approach. New York: Springer; 2017:7-15.
- Traa MJ, De Vries J, Roukema JA, et al. The sexual health care needs after colorectal cancer: the view of patients, partners, and health care professionals. *Support Care Cancer* 2014;22:763-72.
- GEPAC. Informe-encuesta sobre el cáncer en España 2019 [último acceso: 20/10/20]. Accesible en: http://gepac.es/diadelosuperviviente2019/PDF/INFORME_%20SUPERVIVIENTES.pdf
- Flynn KE, Reese JB, Jeffery DD, et al: Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psychooncology* 2012;21:594-601.
- Bober SL, Reese JB, Barbera L, et al. How to ask and what to do: A guide for clinical inquiry and intervention regarding female sexual health after cancer. *Curr Opin Support Palliat Care* 2016;10:44-54.
- Opjordsmoen S, Waehre H, Aass N. Sexuality in patients treated for penile cancer: patients experience and doctors' judgement. *Br J Urol* 1994;73(5):554-60.
- Dizon DS, Suzin D, McIlvenna S. Sexual health as a survivorship issue for female cancer survivors. *Oncologist* 2014;19:202-10.
- Hordern AJ, Street AF. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: Mismatched expectations and unmet needs. *Med J Aust* 2007;186:224-7.
- Forbat L, White I, Marshall-Lucette S, et al. Discussing the sexual consequences of treatment in radiotherapy and urology consultations with couples affected by prostate cancer. *BJU Int* 2012;109:98-103.
- Schavelzon J. Desadaptación afectiva, sexualidad y cáncer. En: Schavelzon J (editor). *Psique*. Buenos Aires: Científica Interamericana; 1992. pp. 258-74.
- 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: De-Vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA (editors). *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, 5thed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997. pp. 2857-72.
- Andersen BL. Quality of life for women with gynecologic cancer. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1995;7(1):69-76.
- Serretti A, Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants. A meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2009;29:259-66.
- Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011;12:160-74.
- Bober SL, Varela VS. Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. *JCO* 2012;30:3712-9. DOI: 10.1200/JCO.2012.41.7915
- Falk SJ, Ganz PA, Vora SR. Overview of sexual dysfunction in female cancer survivors. In: Ganz PA, Vora SR (eds). *Up-to-Date* 2018.
- Barni S, Mondin R. Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Ann Oncol* 1997;8:149-53.
- Burwell SR, Case LD, Kaelin C, et al. Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *J Clin Oncol* 2006;24:2815-21.
- Andersen BL. Surviving cancer: The importance of sexual self-concept. *Med Pediatr Oncol* 1999;33:15-23.
- Fobiar P, Stewart SL, Chang S, et al. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology* 2006;15(7):579-94.
- Meyerowitz BE, Desmond KA, Rowland JH, et al. Sexuality following breast cancer. *J Sex Marital Ther* 1999;25(3):237-50.
- Beckjord E, Compas BE. Sexual quality of life in women with newly diagnosed breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 2007;25(2):19-36.
- Arora NK, Gustafson DH, Hawkins RP, et al. Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: A prospective study. *Cancer* 2001;92(5):1288-98.
- Djohan R, Gage E, Gatherwright J, et al. Patient satisfaction following nipple-sparing mastectomy and immediate breast

- reconstruction: An 8-year outcome study. *Plast Reconstr Surg* 2010;125:818-29.
33. Snell L, McCarthy C, Klassen A, et al. Clarifying the expectations of patients undergoing implant breast reconstruction: A qualitative study. *Plast Reconstr Surg* 2010;126:1825-30.
 34. Casso D, Buist D, Taplin S. Quality of life of 5-10-year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:25.
 35. Broeckel JA, Thors CL, Jacobsen PB, et al. Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Res Treat* 2002;75:241-8.
 36. Donovan KA, Taliaferro LA, Álvarez EM, et al. Sexual health in women treated for cervical cancer: Characteristics and correlates. *Gynecol Oncol* 2007;104:428-34.
 37. Aerts L, Enzlin P, Verhaeghe J, et al. Sexual and psychological functioning in women after pelvic surgery for gynaecological cancer. *Eur J Gynaecol Oncol* 2009;30:652-6.
 38. Ratner ES, Foran KA, Schwartz PE, et al. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas* 2010;66:23-6.
 39. Miles T, Johnson N. Vaginal dilator therapy for women receiving pelvic radiotherapy. *Cochrane Database Syst* 2010; Rev 9:CD007291.
 40. Lindau ST, Gavrilova N, Anderson D. Sexual Morbidity in very long-term survivors of vaginal and cervical cancer; A comparison to national norms. *Gynecol Oncol* 2007;106:413-8.
 41. Van der Wielen G, Mullhall J, Incrocci L. Erectile dysfunction after radiotherapy for prostate cancer and radiation dose to the penile structures: a critical review. *Radiother Oncol* 2007;84:107.
 42. Katz A, Dizon DS. Sexuality After Cancer: A Model for Male Survivors. *J Sex Med* 2016;13:70.
 43. 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;96:1358-67.
 44. DiBlasio C, Malcolm J, Derweesh I, et al. Patterns of sexual and erectile dysfunction and response to treatment in patients receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer. *BJU Int* 2008;102:39.
 45. Gannon K, Guerro-Blanco M, Patel A, et al. Re-constructing masculinity following radical prostatectomy for prostate cancer. *Aging Male* 2010;13:258.
 46. Frey A, Sønksen J, Jakobsen H, et al. Prevalence and predicting factors for commonly neglected sexual side effects to radical prostatectomies: results from a cross-sectional questionnaire-based study. *J Sex Med* 2014;11:2318.
 47. Krouse R, Grant M, Ferrell B, et al. Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies. *J Surg Res* 2007;138:79-87.
 48. Gianotten WL. Sexuality in the palliative-terminal phase of cancer. *Sexologies* 2007;16:299-303.
 49. Wei JT, Dunn RL, Litwin MS, et al. Development and validation of the Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC) for comprehensive assessment of health-related quality of life in men with prostate cancer. *Urology* 2000;56:899-905.
 50. Ferrer M, Garin O, Pera J, et al. Grupo Multicéntrico Español de Cáncer de Próstata Localizado. Evaluación de la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata localizado: validación de la versión española del cuestionario EPIC. *Med Clin (Barc)* 2009;132(4):128-35.
 51. 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.
 52. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, et al. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1999;11:319-26.
 53. Cappelleri JC, Rosen RC. The Sexual Health Inventory for Men (SHIM): A-year review of research and clinical experience. *Int J Impot Res* 2005;17(4):307-19.
 54. NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. *JAMA* 1993;270:83-90.
 55. Rosen R. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26:191-208.
 56. Yi JC, Syrjala KL. Sexuality after hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer J* 2009;15:57-64.
 57. Bondil P, Habold D, Damiano D, et al. The personalized health care process in oncosexology: a new health care offer in the service of both patients and health care professionals (in French). *Bull Cancer* 2012;99:499-507.
 58. Bronner G, Shefi S, Raviv G. Sexual dysfunction after radical prostatectomy: treatment failure of treatment delay. *J Sex Marital Ther* 2010;36:421.
 59. Barbera L, Zwaal C, Elterman D, et al. Interventions to Address Sexual Problems in People with Cancer. Toronto (ON): Cancer Care Ontario. 2016 April 28. Program in Evidence-Based Care Guideline No.:19-6.
 60. Carter J, Lacchetti C, Andersen BL, et al. Interventions to address sexual problems in people with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline adaptation of Cancer Care Ontario guideline. *J Clin Oncol* 2018;36:492-511.
 61. D'Ardenne P. The couple sharing long-term illness. *Sexual and Relationship Therapy* 2004;19:291-308. DOI: 10.1080/14681990410001715427. Ussher et al 2014, Walker et al 2015
 62. Brotto LA, Yule M, Breckon E. Psychological interventions for the sexual sequelae of cancer: a review of the literature. *J Cancer Survivorship* 2010;4:346-60. DOI: 10.1007/s11764-010-0132-z
 63. Schover LR, Canada AL, Yuan Y, et al. A randomized trial of internet-based versus traditional sexual counseling for couples after localized prostate cancer treatment. *Cancer* 2012;118:500-9. DOI: 10.1002/cncr.26308. 2012