

Desgenitalización, sexualidad y cáncer

Degenetalization, sexuality and cancer

Olmeda-García Beatriz,¹ Chavelas-Hernández Diana,² Arzate-Mireles Cinthya Elizabeth,³ Alvarado-Aguilar Salvador⁴

▷ RESUMEN

Actualmente, la sexualidad es considerada aún como un tema tabú; más aún, la sexualidad del paciente con cáncer es poco estudiada y abordada. Por actitudes y carencia de conocimientos sobre la identificación y tratamiento de estas alteraciones, por parte del equipo de salud.

Al revisar la bibliografía, puede observarse que existe la tendencia a relacionar la sexualidad únicamente con la actividad sexual (coito) y los órganos genitales; dejando a un lado el aspecto psico-afectivo de su expresión, el cual incluye caricias, palabras, proximidad física, comunicación, comprensión, entre otros.

En la práctica clínica, es frecuente observar que ya sea por la enfermedad (tipo y localización del cáncer) y/o por los tratamientos antineoplásicos recibidos, se exacerban u originan distintas alteraciones de la sexualidad del paciente con cáncer; destacan la dispareunia, anorgasmia, disfunción eréctil, entre otras; lo cual impacta directamente en la calidad de vida del paciente. Se presentan además, distintos trastornos emocionales como ansiedad y depresión, alteraciones de la imagen corporal, entre otros.

Palabras clave: Desgenitalización, sexualidad, cáncer, México.

▷ ABSTRACT

Currently, sexuality is still considered a taboo subject. Even more, the sexuality of the patient with cancer is poorly studied and addressed; due to attitudes and lack of knowledge on the identification and treatment of these disorders, by the health team. In reviewing the literature, shows that there is a tendency to associate sex only with sexual activity and genitalia; bypassing the psycho-emotional aspect of their expression. Which includes fondling, words, physical proximity, communication, and understanding, among others.

At the clinic, is often observed that either from the disease (type and location of cancer) and / or received antineoplastic treatments are exacerbated or yield different alterations in the cancer patient's sexuality, including dyspareunia, anorgasmia, erectile dysfunction, among others.

This directly impacts the quality of life for patients. Occur in addition, other emotional disorders such as anxiety and depression, body image disturbances, among others.

Key words: *Degenetalization, sexuality, cancer, Mexico.*

1Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Sinaloa.

2Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Guerrero. Instituto Estatal de Cancerología, Acapulco, Guerrero.

3Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

4Servicio de Psico-Oncología. Instituto Nacional de Cancerología de México.

Correspondencia: Dra. Beatriz Olmeda García Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI, México, D. F. CP 14080. Teléfono: 5628 0400, extensión: 251. Teléfono celular: 55 2117 8367. Correo electrónico: betty_0818@hotmail.com

▷ INTRODUCCIÓN

En la actualidad la sexualidad sigue siendo un tema tabú, a pesar de los progresos sociales y culturales. El conocimiento que los individuos tienen sobre ésta, se basa en mitos y creencias poco apegadas a la realidad. Todavía persisten las creencias de que la vida sexual tiene como única finalidad la reproducción y esta idea hace que se relacione el tener placer únicamente con una relación coital e incluso que se crea que sólo a través de la estimulación de los órganos genitales se puede obtener placer, dejando así de un lado el resto del cuerpo.

Sin duda, es necesario proporcionar información actualizada que permita integrar la sexualidad en su totalidad. Para que esto suceda se requiere identificar y crear conciencia de las propias sensaciones corporales y las del otro; desde sentirse, explorarse, conocerse, aceptarse, amarse, relacionarse y disfrutarse como hombre o mujer, tomando en cuenta los propios valores.¹ Esto permitirá al ser humano un funcionamiento pleno como ser sexual; la educación de la sexualidad y su expresión juegan un papel importante puesto que permite el desarrollo de habilidades tales como: autoconocimiento, autocontrol, automotivación y empatía, que permiten el establecimiento de relaciones sociales fundamentales para evitar fortalecer los mitos que se tienen referentes a nuestra sexualidad.² La adaptación sexual es mejor cuando hay entendimiento y aceptación sobre uno mismo, del cuerpo, de los sentimientos sensuales y los sexuales.³

▷ DESARROLLO

La sexualidad como condición humana, es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como: “la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, en maneras que sean positivamente enriquecedoras, y que realcen la personalidad, la comunicación y el amor”.⁴ Éste concepto se fundamenta en la conjunción de tres condiciones: la primera es, la capacidad para disfrutar la conducta sexual y reproductiva de acuerdo con una doble ética social y personal; la segunda consiste en permanecer libre de temor, vergüenza, culpa y otros factores psicopatológicos que inhiban la respuesta sexual y limiten las relaciones socio-sexuales; por último, la tercera es el permanecer libre de perturbaciones, enfermedades o limitaciones orgánicas que interfieran con la función sexual o reproductiva.⁵

Los investigadores de la sexualidad coinciden en que ésta es un acto puro y trascendental en el ser humano. Según Martínez y Ballesteros (1998), “la sexualidad se entiende como el conjunto de características biológicas,

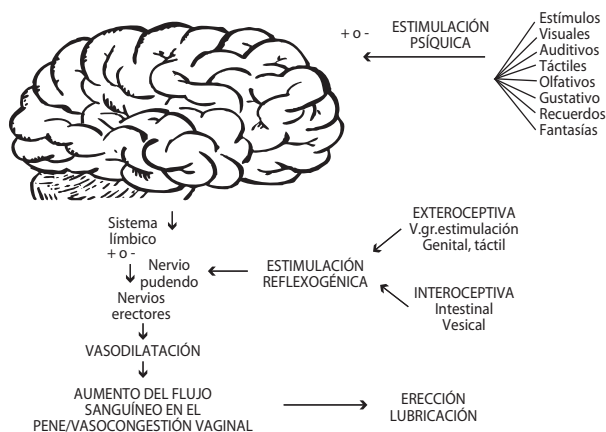
de comportamiento, creencias y valores que nos identifican como hombres o como mujeres dentro de nuestro grupo social”.⁶ Masters y Johnson,⁷ sostienen que ésta es una relación que se manifiesta en tres variedades: la primera es que cada compañero confirma que el otro es admirado, deseado y apreciado como un ser humano capaz de desarrollar el sexo. La segunda, que cada uno de los miembros de la pareja confirma que el compañero no es un monstruo en sus deseos y ejecución sexual, que cada uno comparte la universalidad del sexo. La tercera variedad es que a ambos se les asegura que lo que comparten en lo sexual es especial y único. El mejor sexo no constituye tan sólo una simple respuesta física, sino una afirmación madura de amor. Estos autores plantean que la sexualidad es considerada como el nivel más alto y sensible de espiritualidad en el que el ser humano conecta sus emociones y sensaciones, el arte en el que se expresa lo que somos, la esencia de nuestro existir, es una comunicación a nivel biológico, psicológico, de actitudes, sentimientos, emociones, moral, costumbres y cultura; un contacto único y extraordinario al entablar una relación sexual, el cual puede verse afectado por situaciones estresantes influyendo en lo biológico, psicológico, emocional y social. Por ende, el ejercicio de la sexualidad en general, debe ser entendido como la posibilidad de expresar sentimientos de ternura dentro de una relación interpersonal intensa en la que el aspecto más relevante es la intimidad y la comunicación a nivel corporal. Es importante resaltar que además del coito, el apetito sexual puede encontrar su expresión en la intimidad continua, amor y armonía en un permanente interés cultural e intelectual, en el erotismo o en algún romance en la vida. De hecho la estimulación sexual a través de las caricias, masajes y ejercicios de sensibilización de los sentidos, puede llegar a ser extraordinariamente placentera para las personas mayores, incluso si el coito no se realiza.⁸

De acuerdo con Allen y Martin,⁷ la necesidad psicológica del contacto físico, el tocarse, abrazarse, palpase y la respuesta tierna ante estos actos es mayor y más intensa que la necesidad sexual. Por ende el contacto físico ha sido denominado el eslabón perdido entre el amor y el sexo.

Según Caprio y Ellis,³ al igual que como sucede con los factores psicológicos, que sirven como estímulos eróticos potentes, la experimentación mutua y la discusión franca constituyen las mejores decisiones para descubrir cuales zonas del cuerpo son las más eficaces para la estimulación sexual del individuo.

Resulta pertinente señalar que nuestro cuerpo posee una gran concentración de terminales nerviosas (denominadas “nervios sexuales”), que cuando se les estimula,

Figura 1.
Mecanismos Neurofisiológicos de la respuesta sexual.



Fuente: McCary JL, McCary SP. Cap. 9, Técnicas de estimulación sexual, Sexualidad Humana de McCary, 5ª. Edición, México. Manual Moderno, 1996: pp.139-157.

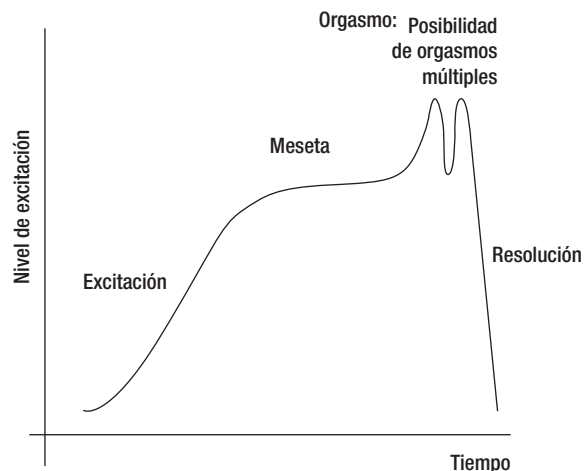
provocan una excitación sexual; estas son las zonas erógenas, de las cuales algunas (consideradas como las más sensitivas) se encuentran localizadas en los órganos sexuales externos y las superficies que los rodean; las regiones internas y externas de los muslos, las nalgas y el abdomen. Las zonas erógenas no genitales se extienden sobre una porción del cuerpo y algunas son más sensitivas que otras. Por ejemplo las glándulas mamarias, las axilas, la espalda, los hombros, el cuello, los lóbulos de las orejas, los párpados y en especial la boca, la lengua, los ojos y la nariz; son zonas con infinidad de terminaciones nerviosas.

De acuerdo con Coleman,³ la excitación sexual tiene lugar cuando los mensajes de los estímulos se envían, por las terminaciones nerviosas sexuales hacia el encéfalo, el cual los trasmite a los centros de la médula espinal lumbosacra, que es el centro que controla los impulsos sexuales (**Figura 1**). La expresión de la sexualidad, es considerada pues; un componente importante en la relación plena como hombre o como mujer que contribuye a la satisfacción de cada miembro de la pareja con el otro y a su satisfacción con la vida.⁸

López y González,¹⁰ comentan que para entenderla es necesario el estudio de cómo se comporta el ciclo de la respuesta sexual humana, el cual se ha dividido en cinco fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo, y resolución. Mismas que se describen a continuación (**Figura 2**):

1) *Deseo sexual o libido*: Es el nombre que recibe el interés por el sexo. Puede alterarse por

Figura 2.
Fases de la Respuesta Sexual Humana.



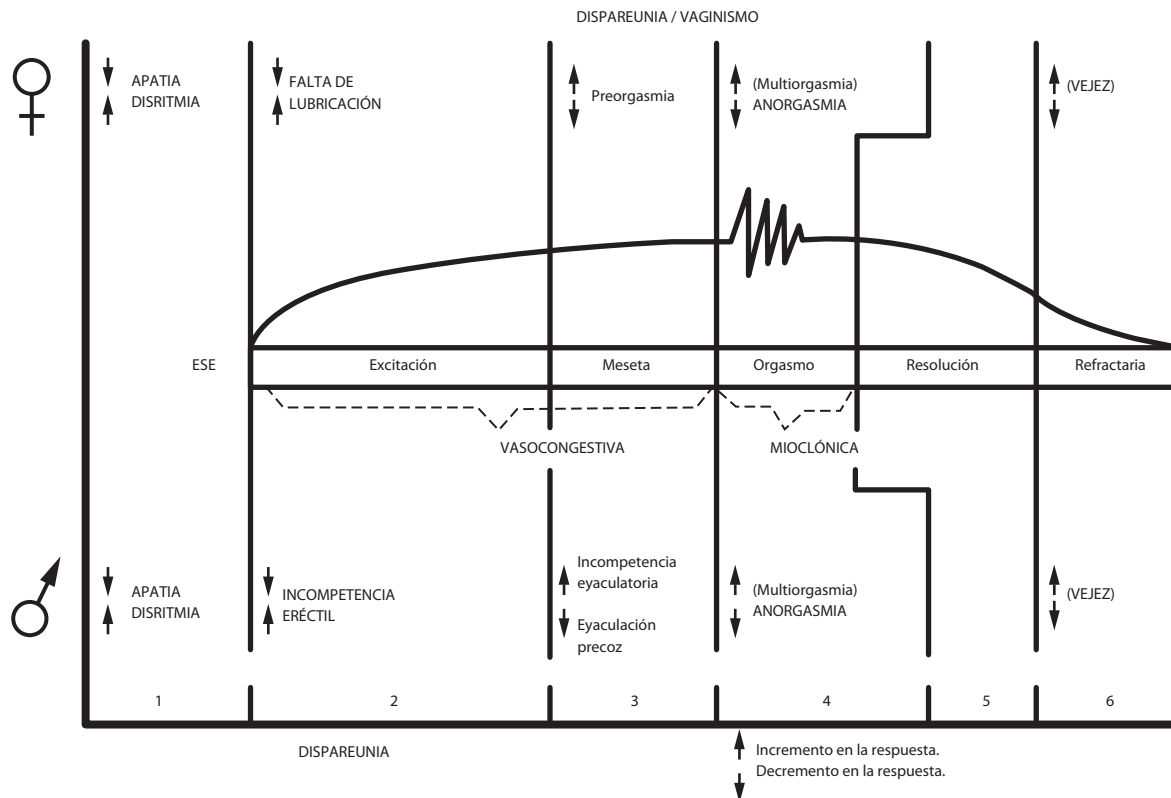
Fuente: McCary JL, McCary SP. Cap. 9, Técnicas de estimulación sexual, Sexualidad Humana de McCary, 5ª Edición, México. Manual Moderno 1996: pp.139-157.

circunstancias como el ciclo menstrual, el embarazo, la lactancia, la menopausia o aspectos psicológicos, etc.

- 2) *Excitación*: Es el despertar de los sentimientos sexuales. Pueden producirse por mirar a alguien, el tacto, una fantasía sexual, el olfato, las palabras, o contacto con zonas genitales o erógenas. Puede conducir o no al orgasmo.
- 3) *Meseta*: el cuerpo mantiene un elevado estado de excitación y es muy sensible.
- 4) *Orgasmo* o clímax sexual y los sentimientos de intensa sensación que ocurren en las áreas del cuerpo dan origen a contracciones rítmicas. Las mujeres pueden sentir contracciones en el útero y los hombres eyaculan.
- 5) *En la resolución*, los cambios corporales vuelven a la normalidad. Los hombres no pueden normalmente excitarse otra vez durante un período (refractario).

Algunas mujeres pueden ser capaces de excitarse y tener un orgasmo nuevamente. Con la edad, este período refractario aumenta. Cada una de estas fases está caracterizada por experiencias subjetivas, eventos objetivos que pueden ser medidos y por sistemas fisiológicos que necesitan estar intactos para que estos eventos ocurran. La excitación, la meseta y el orgasmo, sólo suceden si el cuerpo tiene un buen aporte de sangre, si el sistema nervioso central y periférico están intactos, si existe un buen

Figura 3.
Clasificación fisiológica de las disfunciones sexuales.



Fuente: McCary JL, McCary SP. Cap. 9, Técnicas de estimulación sexual, Sexualidad Humana de McCary, 5ª Edición, México. Manual Moderno. 1996: pp.139-157.

soporte muscular y si el balance hormonal del cuerpo es correcto. Cuanto existe una alteración persistente en alguna de las fases de la respuesta sexual, se generan las denominadas disfunciones sexuales.

En este sentido, Masters y Johnson sólo clasificaron las disfunciones como masculinas y femeninas; después Helen Kaplan (1974, 1975 y 1979), en un intento de clasificación fisiológica, las consideró como aquellas en las que la alteración se encuentra, ya sea en la fase vasocongestiva (excitación y meseta) o en la mioclónica (orgasmo), para agregar las que denominó alteraciones del deseo sexual, por lo cual a la curva de la respuesta sexual conformada por cuatro fases (excitación, meseta, orgasmo, resolución) se han agregado dos más: estímulo sexual efectivo (ESE) y refractaria. Para un análisis adecuado de las disfunciones de cada fase bastará que se produzca un incremento o decremento en cada una de ellas (Figura 3).⁹

▷ SEXUALIDAD DEL PACIENTE CON CÁNCER

Algunos autores destacan que las enfermedades crónicas tienden a alterar las fases de deseo y excitación sexual, y pueden provocar pérdida del interés sexual desde etapas tempranas, para lo cual influyen tanto factores físicos como psicológicos. Esta pérdida se ve reflejada en la **calidad** de vida del paciente, considerada como un aspecto importante en la atención del paciente oncológico. Entendiendo que la sexualidad es un aspecto de la calidad de vida que a pesar de su importancia y significado para los pacientes; se le ha restado valor. En muchos casos, debido al desconocimiento y falta de habilidades para la detección y tratamiento de alteraciones sexuales, sin mencionar las actitudes del equipo médico hacia la sexualidad.¹² De acuerdo con Die Trill¹² es común escuchar entre miembros del personal médico comentarios como: “no es parte de mi trabajo, debería estar satisfecho con

Tabla 1.

Variables que afectan la sexualidad del paciente oncológico.

Enfermedad: Cáncer	Tratamiento	Impacto emocional
Anemia	Quimioterapia: drogas	Personalidad
Anorexia	Radioterapia	Creencias
Debilidad	Cirugía	Estilos de afrontamiento
	Amputaciones	Motivaciones
	Cambios en la imagen corporal	Temores
		Angustias
		Trastornos de la imagen corporal

Fuente: Grau Abalo JA, Llantá Abreu MC, Chacón RM, Fleites GG. La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. Rev Cubana Oncol 1999; 15(1):49-65.

estar vivo, sacaría el tema si estuviera casado(a), si hubiera algún problema me lo diría, el problema desaparecerá con el tiempo”; los cuales interfieren con el tratamiento integral del paciente oncológico.

Nuestra experiencia clínica orienta a que en la consulta médica es frecuente escuchar cosas como: “al paciente no le importa este tema, pues está más preocupado por no morir o que es normal debido a los tratamientos médicos” (situación que implica no prestar atención).

En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cancerología de México, por Alvarado y colaboradores,¹³ se informe que 89% de los pacientes encuestados manifiestan no haber abordado el tema de sexualidad con el médico (actividad sexual o de posibles disfunciones). Aún cuando 65% de estos pacientes manifestó que el cáncer modificó su vida sexual considerablemente. Por lo tanto, la sexualidad se ve afectada por distintos factores que pueden ser englobados en tres categorías principales: la enfermedad, los tratamientos oncológicos, todavía muy agresivos y, por supuesto, el impacto emocional que la condición de estar enfermo de cáncer genera (**Tabla 1**).¹¹

Rubio y colaboradores,¹⁴ mencionan que el tratamiento con quimioterapia influye en la disminución de los niveles de satisfacción sexual en pacientes con linfoma no Hodgkin; afectando una o más de las fases del ciclo de la respuesta sexual: deseo, excitación y orgasmo. Además de las alteraciones provocadas por los tratamientos, es importante notar que muchas de las alteraciones sexuales ya existentes antes del diagnóstico de la enfermedad pueden exacerbarse con éste. Tal como lo reporta Alcántara

y colaboradores,¹⁵ en el cual se menciona que 60% de la población estudiada presentó un deseo sexual disminuido, aún cuando 67% del total de la población no había recibido tratamiento oncológico al momento de la evaluación.

De acuerdo con Grau Abalo y colaboradores,¹¹ la prevalencia de disfunciones sexuales oscila entre 35% y 85% en hombres y mujeres debido a la enfermedad y tratamientos. Siendo los pacientes con afecciones ginecológicas y genitourinarias los más perturbados. Aún cuando no está informado en la bibliografía; en la clínica es muy común observar alteraciones en la sexualidad en pacientes con linfoma, leucemia, mieloma, cáncer de cabeza y cuello, piel y partes blandas, entre otras neoplasias.

Con base en DSM-IV,¹⁶ “las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales”. Éstas comprenden los trastornos del deseo sexual (deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo), trastorno de la excitación sexual (trastorno de la excitación sexual en la mujer, trastorno de la erección en el varón), trastornos del orgasmo (disfunción orgásmica femenina, disfunción orgásmica masculina, eyaculación precoz), trastornos sexuales por dolor (dispareunia y vaginismo), disfunción sexual debido a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no específica.

Ahora bien, una alteración sexual en el paciente con cáncer se clasifica como: disfunción sexual debida a una enfermedad médica y/o disfunción sexual inducida por sustancias.¹⁶ Para su evaluación, es importante tener en cuenta diversos factores como la edad, experiencia del individuo, frecuencia y cronicidad de los síntomas, el malestar subjetivo y el efecto sobre otras áreas de actividad. Para conocer las causas biológicas y psicológicas de las alteraciones sexuales, se requiere que exista alteración sexual. Entre las causas informadas en la bibliografía encontramos: afección en el sistema nervioso central y periférico, desbalance hormonal, insuficiente aporte de sangre en el cuerpo, demencia difusa, medicamentos tranquilizantes, así como antecedentes previos de disfunción sexual. Lo cual a su vez empeora la comunicación con la pareja, existen problemas de imagen corporal, trastornos del estado de ánimo o ansiedad, ausencia de recursos económicos y falta de apoyo social.¹⁷ De tal forma que, en la disminución del deseo sexual en pacientes con cáncer, desde la perspectiva física; se presenta depresión del sistema nervioso central debido a dolor generalizado y fatiga, demencia difusa o medicación tranquilizante. Algunos medicamentos antieméticos y opioides elevan los

Tabla 2.

Disfunciones Sexuales de acuerdo con el tipo y localización del cáncer.

Cáncer	Localización	Disfunción Sexual
Ginecológico	<ul style="list-style-type: none"> • Mama • Cérvix • Vulva • Ovario • Endometrio 	<ul style="list-style-type: none"> • Apatía sexual • Dispareunia • Disrritmia • Vaginismo • Falta de lubricación • Anorgasmia
Genitourinario	<ul style="list-style-type: none"> • Testículos • Próstata • Pene 	<ul style="list-style-type: none"> • Apatía sexual • Dispareunia • Disfunción eréctil • Disfunción eyaculatoria • Eyaculación precoz • Anorgasmia
Gástrico	<ul style="list-style-type: none"> • Vejiga • Vesícula • Páncreas • Hígado • Estómago • Intestino 	<ul style="list-style-type: none"> • Apatía sexual • Dispareunia • Disrritmia • Vaginismo • Falta de lubricación • Disfunción eyaculatoria
Cabeza y cuello	<ul style="list-style-type: none"> • Nasofaringe • Bucofaringe • Laringe • Tiroides • Oculares 	<ul style="list-style-type: none"> • Apatía sexual • Disrritmia
Piel y partes blandas	<ul style="list-style-type: none"> • Melanomas • Sarcomas • Tumores óseos 	<ul style="list-style-type: none"> • Apatía sexual • Dispareunia • Disrritmia
Hematológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Linfomas • Leucemias • Mielomas 	<ul style="list-style-type: none"> • Apatía sexual • Disrritmia • Disfunción eréctil

Fuente: Die Trill M. Sexualidad y cáncer. Capítulo 57. En: González Barón M, Ordóñez A, Feliu J, Zamora P y Espinosa E. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Editorial Médica Panamericana. España. 2007; pp 595 – 601.

Disfunciones Sexuales en pacientes con cáncer. Instituto Nacional de Cancerología: INFO-CÁNCER. En www.infocancer.org.mx (Recuperado el 25 de Noviembre del 2009).

niveles de prolactina y ello disminuye el deseo sexual.¹¹ En este sentido, Die Trill,¹² menciona que el cáncer y sus tratamientos pueden afectar la sexualidad del paciente oncológico a través de cuatro vías principales:

- Produciendo problemas físicos que impiden dar y recibir placer sexual.
- Provocando alteraciones en la imagen corporal.
- Generando el desarrollo de sentimientos como miedo, angustia, tristeza, etc.
- Produciendo modificaciones en los roles y relaciones que mantiene el paciente.

Es importante señalar, que estas vías están relacionadas entre sí, pues si una se ve afectada, muy probablemente las demás también.

Tabla 3.

Disfunciones sexuales con base en el tratamiento oncológico.

Tratamiento	Disfunción Sexual
Cirugía	<ul style="list-style-type: none"> • Apatía sexual • Disrritmia • Dispareunia • Disfunción eréctil • Disfunción eyaculatoria • Anorgasmia
Quimioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Apatía sexual • Disrritmia • Dispareunia • Falta de lubricación • Disfunción eréctil • Anorgasmia
Radioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Apatía sexual • Disrritmia • Dispareunia • Falta de lubricación • Disfunción eréctil
Hormonoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Apatía sexual • Disrritmia • Disfunción eréctil • Anorgasmia

Fuente: Die Trill M. Sexualidad y cáncer. Capítulo 57. En: González Barón M, Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Editorial Médica Panamericana. España. 2007; pp. 595 – 601.

Disfunciones Sexuales en pacientes con cáncer. Instituto Nacional de Cancerología: INFO-CÁNCER. En www.infocancer.org.mx (Recuperado el 25 de noviembre de 2009).

En la bibliografía se informa que las alteraciones sexuales en pacientes oncológicos están en función de la localización del tumor (**Tabla 2**) el tipo de tratamiento que reciban (**Tabla 3**) y el impacto emocional que estas generen.

Los tratamientos oncológicos pueden dañar una o más de las fases de la respuesta sexual (antes descritas) al impactar sobre las emociones, componentes centrales o periféricos del sistema nervioso, el sistema vascular pélvico y el eje hipotálamo-pituitario-gonadal.¹¹

Así mismo, en distintas fuentes se informa que las disfunciones sexuales observadas en pacientes oncológicos, varían incluso dependiendo tanto del tratamiento como de la localización del cáncer (**Tabla 2**).^{12,18}

Respecto al impacto emocional, es frecuente que el paciente manifieste; ansiedad, depresión, angustia, irritabilidad, baja autoestima, ideas de muerte, alteraciones de la imagen corporal, miedo al rechazo o al fracaso, etc., el paciente envuelto en todas estas emociones se ve dificultado en su sexualidad aunado a las repercusiones fisiológicas.¹⁹

▷ CONCLUSIONES

Es importante tomar en cuenta que partiendo de una definición más amplia de la sexualidad, dichas alteraciones no sólo ocurren en las fases de la respuesta sexual humana; éstas pueden presentarse en la propia sexualidad del paciente como individuo y, no sólo en relación con su pareja.

De esto, es posible concluir que las disfunciones sexuales no tratadas, repercuten directamente en la calidad de vida de las personas, en las relaciones personales, sociales y laborales, afectando directamente la autoestima, etc. Al respecto, creemos que los pacientes que informan sobre alguna alteración sexual, deben recibir consejería o atención de parte del equipo de salud que le atiende, o en su defecto, ser canalizados con el especialista indicado; con ello, se verán muy beneficiados. Sin embargo, este hecho comúnmente no ocurre en la interacción médico-paciente durante la consulta. Es importante notar que el paciente muchas veces tiende a no plantear al médico las inquietudes sobre su sexualidad por pena, temor a ser criticados o rechazados, por morbo, por considerarlo una condición normal a consecuencia de la enfermedad y tratamientos.

REFERENCIAS

1. Álvarez-Gayou JL. Técnicas y procedimientos conductuales. En: Sexoterapia integral. México. Manual Moderno, 1986: pp 195-215.
2. Carballo VS. Educación de la expresión de la sexualidad humana. *Revista educación* 2002;26(1):29-46.
3. McCary JL, McCary SP. Técnicas de estimulación sexual. En: Sexualidad Humana de McCary. México. Manual Moderno, 5ª edición, 1996: pp 139-157.
4. Caricote EA. Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. Mérida-Venezuela. Educere Universidad de los Andes, 2008: pp 79-87.
5. Souza M. Acerca de la relación inadecuada de la sexualidad en la relación médico-paciente. Trabajo presentado en el IX Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C., San Luis Potosí, S. L. P., 1985.
6. Martínez y Ballesteros. Dos en uno: ¿Cómo lograr una armonía en nuestra relación de pareja?, Bogotá. Edit. Grijalbo, S.A. 1998: p 169.
7. Leslie MJ, McCary SP. ¿Por qué la educación sexual? En: Sexualidad humana de McCary. México. Manual Moderno, 5ª Edición, 1996: pp 3-23.
8. Victoria VB. Sexualidad, amor y envejecimiento. Puebla. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Medicina, 2004: p 245.
9. McCary JL, McCary SP. La respuesta sexual y sus disfunciones. En: Sexualidad Humana de McCary. México. Manual moderno, 4ª Edición, 1983: p 58.
10. López RE, González FE. Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. *Oncología* 2005;28 (3):164-169.
11. Grau Abalo JA, Llantá Abreu MC, Chacón RM, Fleites GG. La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Rev Cubana Oncol* 1999;15(1):49-65.
12. Die Trill M. Sexualidad y cáncer. En: González Barón M, Ordóñez A, Feliu J, et al. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. España. Médica Panamericana. 2007: pp 595 - 601.
13. Alvarado AS, Rojas CE, Diez MF, et al. Disfunciones sexuales en pacientes con cáncer posquimioterapia, experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México. Estudio piloto. México. *Gac Mex Oncol* 2008;7(2):35-39.
14. Rubio CA, Alvarado AS, Lozano ZV. Satisfacción sexual en pacientes con linfoma no Hodgkin durante el tratamiento de quimioterapia (resultados preliminares). México. *Gac Mex Oncol* 2008;7(2):56-62.
15. Alcántara BM, Jiménez RMA, Diez MF, Alvarado AS. Ansiedad asociada a disfunción eréctil en pacientes con cáncer de testículo. Experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México. México. *Gac Mex Oncol* 2008;7(2):29-34.
16. Firts MB. Trastornos sexuales y de la identidad sexual. En: DSM-IV. Manual de Diagnóstico Diferencial, Barcelona. MASSON 1996: pp 505-506.
17. López E, González E. Sexualidad y Cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. *Rev Oncología Granada* 2005; 28:58-63.
18. Disfunciones Sexuales en pacientes con cáncer. Archivo del Instituto Nacional de Cancerología. Disponible en: www.infocancer.org.mx, (consultado el 25 de noviembre de 2009).
19. Vecino BS, Urbano SS. Los trastornos sexuales. En: Die Trill M. Psicooncología. España. Ades, 2003: pp 379-390.