



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/278.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **¿Afecta a la sexualidad del hombre padecer un tumor testicular?**

Autores **María Belén Álvarez Puga, Olga López González, Ana María Álvarez Gallardo**

Centro/institución Hospital Torrecárdenas, Servicio Andaluz de Salud (SAS)

Ciudad/país Almería, España

Dirección e-mail alpuga3@hotmail.com

RESUMEN

El tumor testicular germinal representa el 1% de todos los tumores malignos en varones, sin embargo, es la neoplasia sólida más frecuente en varones de edades comprendidas entre los 15 y 35 años. Etapa de la vida donde cuestiones tales como imagen corporal, masculinidad, paternidad o función sexual son aspectos centrales en la calidad de vida de estos pacientes. La tasa de mortalidad ha disminuido de forma espectacular desde finales de los años setenta, gracias a los avances en el tratamiento con la introducción del cisplatino.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar si la función sexual, (función eréctil, satisfacción con la relación sexual, función orgásmica, deseo sexual y satisfacción global), la percepción de la imagen corporal y masculinidad de los varones afectados y tratados para el tumor germinal testicular en estadio clínico I-II se veía alterada. Metodología, a 20 varones tratados en el servicio de oncología de un hospital público de Andalucía se le aplicaron 2 cuestionarios, el Índice Internacional de la Función Eréctil y otro de elaboración propia.

Los resultados obtenidos fueron que no se aprecian alteraciones significativas. Las principales conclusiones son que los pacientes que reciben tratamiento con orquiectomía y/o quimioterapia no presentan alteraciones en la función sexual en la mayoría de los casos y tampoco se ve alterada la percepción de la imagen corporal y la masculinidad. En los pocos casos que se ve alterada se suele corregir con una prótesis testicular.

Palabras clave: Masculinidad/ Imagen corporal/ Función eréctil/ Tumor germinal testicular.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

En el presente trabajo se ha estudiado el cáncer testicular por varias razones: la incidencia a escala mundial se ha más que duplicado en los últimos 40 años (1, 2); representa el 1% de todos los tumores malignos en varones, (3, 4) sin embargo, es la neoplasia sólida más frecuente en varones de edades comprendidas entre los 15 y 35 años.(4) La tasa de mortalidad, sin embargo, ha disminuido de forma espectacular desde finales de los años setenta, gracias a los avances en el tratamiento (5) con la introducción del cisplatino. (6)

Es una enfermedad altamente curable, la tasa de supervivencia a los 5 años es del 95%, (4) y afecta mayoritariamente a varones jóvenes. La calidad de vida de los supervivientes a largo plazo es tan buena como la de la población general masculina para su mismo grupo de edad.(7) Debido a esto, parece interesante estudiar si la enfermedad y su tratamiento afecta a la sexualidad de estos pacientes, ya que, al ser jóvenes, se encuentran en una etapa de la vida en la que cuestiones relativas al afianzamiento de la identidad sexual, el inicio de las relaciones íntimas de pareja, la fertilidad y la preocupación por la estética pueden constituir aspectos importantes en la vida de los hombres.

La incidencia del cáncer de testículo varía significativamente en función de la zona geográfica. La incidencia comunicada es máxima en Escandinavia, Suiza, Alemania y Nueva Zelanda, intermedia en Estados Unidos y Gran Bretaña, baja en África y Asia. En España: la incidencia pasó de 0.84/100.000 varones en 1991 a 1.91/100.000 varones en 2005, con un pico de 6.77/100.000 varones en 2003. (8)

Se desconoce la causa exacta de los tumores de células germinales testiculares (TCGT); sin embargo, se han descrito varios factores asociados como la criptorquidia o alteraciones genéticas con un aumento del riesgo de presentar este tipo de tumores. (9, 10). Otros factores, como un traumatismo previo, orquitis vírica secundaria a parotiditis, el uso de ropa interior térmica que eleva la temperatura escrotal, diversos deportes como montar a caballo o motociclismo, no parecen estar relacionados con el desarrollo de TCGT. (4)

La primera maniobra terapéutica para todos los TCGT es la realización de una orquiectomía reglada por vía inguinal, con obliteración previa de todo el paquete vascular para la prevención de la diseminación del tumor con las maniobras de manipulación quirúrgica, proporcionando el diagnóstico histológico y actuando como tratamiento del tumor alojado en un área protegida frente al efecto de la quimioterapia. En pacientes con enfermedad muy avanzada y en situación de riesgo está justificado iniciar el tratamiento con quimioterapia y realizar posteriormente una orquiectomía diferida. (5)

La técnica de la linfadenectomía retroperitoneal, se utiliza en casos seleccionados. La técnica ha evolucionado ostensiblemente en los últimos años, de tal manera que su morbimortalidad se ha modificado sustancialmente con el objetivo de minimizar el riesgo de alteraciones en la eyaculación. Para alcanzar este objetivo sin detrimento de la rigurosidad en los criterios oncológicos se seleccionan técnicas quirúrgicas cuya

descripción sobrepasa los objetivos de este trabajo, y que varían en función de la localización derecha o izquierda del tumor primitivo, estadio tumoral y respeto por los criterios anatómicos que posibilitan linfadenectomías modificadas que permita alcanzar altas tasas de conservación de la eyaculación. (4)

Hay trastornos de la eyaculación vinculados a la disección de ganglios linfáticos retroperitoneales. Las técnicas dirigidas a conservar los nervios simpáticos retroperitoneales han logrado que la eyaculación retrógrada sea menos probable en los pacientes elegibles para esta intervención. (1, 4)

El seguimiento sin tratamiento quimioterápico es otra estrategia, dado que más del 80% de los pacientes nunca recaen tras la orquiectomía. Sin embargo, sí existe un mayor riesgo de recaída cuando el tumor es mayor de 4cm o se ha producido invasión de la rete testis. Las recaídas (en los ganglios retroperitoneales o ilíacos superiores) pueden aparecer hasta 10 años después, por lo que el seguimiento debería ser a muy largo plazo. Esta situación puede, a su vez, crear un mayor estrés en el paciente. (11)

Una alternativa al seguimiento es la linfadenectomía retroperitoneal, practicada sobre todo por grupos americanos. La linfadenectomía con preservación de los nervios simpáticos consigue evitar en la mayoría de los pacientes la aparición de la eyaculación retrógrada y, en consecuencia, infertilidad, la principal complicación a largo plazo hasta hace poco de esta cirugía. Los resultados en términos de curación de ambas opciones terapéuticas son similares, y la complejidad y potencial morbilidad de la linfadenectomía, innecesaria en un 70% de los casos, han contribuido a una extensión mayor de la observación. (5)

El régimen de quimioterapia estándar es BEP (bleomicina, etopósido y cisplatino), el número de ciclos de quimioterapia depende de factores pronósticos, basados en la localización primaria, la histología, la presencia de metástasis viscerales, y los niveles séricos de marcadores tumorales. Los pacientes en el grupo de bajo riesgo reciben tres ciclos de quimioterapia, mientras que en el intermedio y los grupos de alto riesgo reciben cuatro ciclos. (12)

Después de la introducción de la quimioterapia basada en cisplatino en torno al año 1980, al menos el 90% de los pacientes se curan. El número de supervivientes de cáncer testicular está incrementando y sus supervivientes tienen una esperanza de vida, 30-50 años después del tratamiento, similar a la población masculina. Por tanto, un número cada vez mayor de enfermos de cáncer testicular tienen que hacer frente a problemas de supervivencia, o, bien relacionados con la propia neoplasia, su tratamiento, o ambos. (7)

Aunque la toxicidad tardía del tratamiento quimioterápico es en general escasa, tiene un gran interés al tratarse de un tumor curable. La disfunción sexual y la infertilidad después del tratamiento de los tumores germinales testiculares (TGT) son secuelas frecuentes, que afectan aproximadamente al 20% de los pacientes. (12) Muchos pacientes son oligospermicos en el momento del diagnóstico, y casi todos llegan a serlo si la dosis de cisplatino excede los 400mg/m². Es conveniente, por tanto, valorar la posibilidad de crioconservación de semen antes de administrar la quimioterapia. Sin embargo varias series han mostrado que estos pacientes pueden recobrar la fertilidad en uno o dos años, y alguna de ellas reporta una tasa de paternidad de hasta el 75%. (14) La bleomicina puede en raras ocasiones producir toxicidad pulmonar grave e incluso

fatal. Existe una clara relación entre su aparición y la dosis acumulativa administrada de la droga. Son factores de riesgo la patología pulmonar previa, la enfermedad avanzada y la insuficiencia renal. (5)

La disfunción gonadal consiste en una elevación de los niveles de hormona luteotropa (LH) y disminución de los niveles de testosterona total y testosterona libre, es otra de las secuelas tardías importantes que sufren estos pacientes. El hipogonadismo parece jugar un papel en el desarrollo del síndrome metabólico caracterizado por obesidad central, resistencia insulínica, dislipemia e hipertensión. (6)

Otras toxicidades crónicas son: deterioro de la función renal, polineuropatía sensitiva y fenómeno de Raynaud. La reducción de la toxicidad manteniendo la eficacia es uno de los objetivos prioritarios de la investigación actual. (5)

La sexualidad en pacientes con cáncer ha sido tradicionalmente poco tratado en la literatura especializada, a pesar de que contribuye una preocupación real y vigente en muchos enfermos a consecuencia directa de la enfermedad, de los tratamientos o del impacto emocional que ambos generan, que pueden exacerbar crisis o problemas de pareja preexistentes. (15) Con frecuencia asumimos que la actividad sexual no es importante para los pacientes que sufren cáncer y sus parejas, debido a que la enfermedad pone en peligro la vida del paciente, y esta preocupación se antepone a la sexualidad, pero esta premisa no es cierta. (16) Hay pocos estudios que hablen de cambios de imagen corporal y masculinidad relacionados con cáncer de testículo. (17)

Valorar si el cáncer de testículo afecta a la sexualidad masculina es difícil por la amplitud de significado del término “sexualidad”, “masculinidad”, “corporeidad” (imagen corporal) y de como todos estos términos están entrelazados, desarrollados y modificados a lo largo de la vida del ser humano, desde que nace hasta que muere, por factores filogenéticos, ambientales y socioculturales y de como todos ellos participan en la construcción de la personalidad del individuo. A ello, se suma la dificultad de establecer la prevalencia de la disfunción eréctil; en primer lugar, porque es una afección que no siempre se consulta y, en segundo lugar, porque además de no haber criterios diagnósticos uniformes, hasta épocas recientes, tampoco existían instrumentos de medida ajustados a rigor. Desde la validación del Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE), (18) se han realizado estudios de prevalencia por todo el mundo. (19)

A continuación definiremos brevemente tales conceptos para centrar nuestro objeto de estudio:

- **Sexualidad.**

La sexualidad es el modo que el ser humano tiene de vivirse a sí mismo, es la forma de verse y de sentirse como hombre o como mujer. La sexualidad es algo que se tiene, independientemente de la voluntad. No es un instinto: es una cualidad de la persona, un valor humano. Está presente durante toda la vida, desde que nace hasta que muere, aunque se manifieste de forma diferente en cada etapa de su vida. Fruto del desarrollo biológico, intelectual, emocional y racional. Cada persona vive su sexualidad de una forma diferente según la educación recibida de la familia, los amigos, la escuela, el lugar donde vive, los medios de comunicación, etc. Esta vivencia influye decisivamente en la configuración de la personalidad. (20) La sexualidad es una fuerza que confiere al

ser humano la capacidad para apasionarse, interesarse, explorar, desencantarse y dramatizar. Su centralidad también puede dar pie al argumento de que la sexualidad es el derecho humano a la libre asociación. Pensar en la sexualidad como en un derecho humano exige que consideremos no sólo los obstáculos para dicha elaboración, sino que la sexualidad también se hace en contextos culturales específicos y en un ambiente de conflicto de necesidades, deseos, impulsos y anhelos diarios. (21)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la sexualidad como “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.” También la define como “una cualidad humana que nos motiva a buscar afecto, contacto, placer, ternura e intimidad. La sexualidad influye en nuestros pensamientos, sentimientos, acciones e interacciones y, por tanto, influye en nuestra salud”. (22)

De la definición de la OMS se desprende el concepto de salud sexual, que a su vez, la OMS lo define como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud. (20)

● **Imagen corporal.**

La palabra cuerpo proviene del latín corpus y el diccionario de la Real Academia Española lo define en una de sus acepciones como “aquello que tiene extensión limitada, perceptible por lo sentidos.” (23) “Cuerpo” se define como una realidad objetiva que, a la manera de un objeto, posee una forma definida. El cuerpo sufre desgaste según los avances evolutivos del ciclo vital (pesa en la vejez), posee un carácter instrumental “sirve” para el desplazamiento, la aprehensión, etc., y, curiosamente, tiene una doble pertenencia. En tanto realidad objetiva pertenece al mundo de las cosas, de los objetos, pero también pertenece al sí mismo.

Tenemos nuestro cuerpo, pero a la vez nuestro cuerpo nos tiene. Merleau Ponty señala que la envoltura corporal es a la vez posibilidad y prisión. La corporalidad, en tanto, hace referencia más bien a la realidad subjetiva, es historia vital interna, madura hacia la diferenciación; en tanto cada cual tiene su propia historia individual y no se limita al volumen del cuerpo, es capaz de extenderse e incluso tomar posesión de los objetos del espalier. (24)

El cuerpo es la parte material que todos tenemos, la que nos presenta a cada uno de nosotros ante el otro, la que se percibe, la que se siente, la que se manifiesta de manera continua, y por supuesto, la que justifica y significa de manera diferenciada según formatos culturales distintos. Esta primera imagen, este primer contacto, podemos decir que es la vertiente más inmediata de nuestro cuerpo. Pero hablamos de un cuerpo que como materia también es dolor, placer, fiel reflejo de nuestra vida, y como tal soporte,

construye la sensación, el recordatorio constante que nos indica que estamos vivos y que, además, no somos eternos. Hablamos de un cuerpo que a su vez nos prueba que en ese lapso límite del tiempo en que lo habitamos, es por él como entramos en contacto y convivencia con el mundo. Pero el cuerpo es más que eso. Desde estas características, este cuerpo se convierte no sólo en elemento vital y material, sino en referente simbólico de parte de nuestro contexto más inmediato y, por tanto, de la cultura. (25)

La palabra imagen proviene del latín “imago”, que significa retrato, estatua, representación. El modelo teórico que representa las cosas sin serlas propiamente pertenece al orden de la imagen; por lo tanto, el término imagen corporal pertenece al terreno de lo imaginario. Se presume que cada sujeto tendría, en su imaginario simbólico, una conciencia o imagen de su cuerpo. Sin embargo, ésta suele ser bastante inasible, dado que el mundo es siempre “sin nosotros”, existiendo incluso partes de nuestro cuerpo a las que ni siquiera se puede acceder a través de la imagen especular, cual es la espalda. La representación de una imagen corporal certera es prácticamente imposible; puede llegar a configurarse una imagen aproximada, pero nunca completa. El carácter indefinido, móvil e impreciso de la corporalidad, la no exclusiva adscripción a figura geométrica, propia del cuerpo, dificultan este proceso. (26)

La autoimagen es un constructo a partir de la percepción de sí mismo, a lo que se agregan las atribuciones explícitas o tácitas, de otros respecto de ese sí mismo. (24)

● **Masculinidad.**

La masculinidad es un conjunto de significados siempre cambiantes, que construimos a través de nuestras relaciones con nosotros mismos, con los otros, y con nuestro mundo. La virilidad no es estática ni atemporal; es histórica; no es la manifestación de una esencia interior; es construida socialmente; no nos sube a la consciencia desde nuestros componentes biológicos; es creada en la cultura. La virilidad significa cosas diferentes en diferentes épocas para diferentes personas. (27)

Tradicionalmente hemos entendido la masculinidad como un conjunto de cualidades asociadas a un sexo. El diccionario de la Real Academia define la masculinidad como “cualidad de masculino” y masculino como “dicho de un ser: que está dotado de órganos para fecundar. Perteneciente o relativo a este ser. Varonil, enérgico”. (23) Lo masculino se vincula de una forma automática a la posibilidad de reproducción, partiendo desde una supuesta acción que tendrá sus efectos en un ser que no actúa sino que “espera” la fecundación. Un hombre desde niño tiene que aprender lo que significa “tener dos cojones” (tener dos testículos); básicamente esto estaría recogido en la segunda acepción del diccionario: masculino significa “varonil, enérgico”. (28)

El sexo social se construye con una focalización anatómica casi exclusiva: el pene. La importancia de esta afirmación se pone de manifiesto cuando en la elección médica de sexo para los hermafroditas, el pene acaba decidiendo, como único referente, la asignación de sexo y, por tanto, las posibilidades del sujeto marcado corporalmente (Izquierdo, 1983). En otras culturas, el trato, los adornos y el uso del pene, así como su significación, demuestran que sus valoraciones y usos son construcciones culturales. Una de las bases sobre la que se forja y reproduce este principio, en nuestro sistema social, es la corporización del poder, aunque el pene no se nombre. (29)

● **Disfunción eréctil.**

Hasta épocas recientes se ha utilizado el término impotencia, que engloba la incapacidad de obtener una erección, así como los problemas de infertilidad y de deseo masculinos. Sin embargo, actualmente el término impotencia está en desuso, y ha sido sustituido por disfunción eréctil (DE), (19) que, según el National Institutes of Health Consensus Development Panel on Impotence, se define como “la incapacidad para conseguir o mantener una erección con la suficiente rigidez como para llevar a cabo relaciones sexuales satisfactorias”. (30)

Parece más ajustada la definición propuesta en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), que textualmente hace referencia a la “incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual (que) provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales. (19)

Según los estudios revisados en revisión bibliográfica (19, 31, 32, 33, 34, 35) las cifras de prevalencia de disfunción eréctil (DE) para menores de 40 años oscila entre 0% y el 10%.

Por todo lo expuesto anteriormente, se ha considerado oportuno valorar si la enfermedad y su tratamiento causan alteraciones en la percepción de la imagen corporal y la sexualidad masculina.

Cuando nos planteamos este estudio partimos de nuestra visión enfermera, considerando que la Enfermería es una profesión humanista que incide en que al individuo hay que cuidarlo a partir de un abordaje holístico e integral. (36) Como se define en un diccionario de Enfermería: “La visión holística del individuo desde la Enfermería, conceptualiza la atención dirigida a la persona como una unidad funcional integrada formada por cuerpo, mente y espíritu, en interacción con su medio y dentro de unos límites de adaptación que mantiene o conduce hacia el equilibrio de la persona”.(37)

Por otro lado, para poder afrontar con éxito el reto personal y familiar que supone padecer un cáncer es necesario conocer el proceso y las posibles consecuencias, efectos secundarios de los tratamientos, etc., Un déficit en la información que dispongan los pacientes y sus familias supondrá un hándicap, la información específica que le ofrece el personal sanitario sobre las posibles alteraciones en la sexualidad también será objeto de estudio en esta investigación.

Objetivos

Los objetivos de este estudio son:

-Evaluar la prevalencia de disfunción sexual en pacientes con tumor de células germinales de testículo tratados solo con orquiectomía y/o con protocolo de quimioterapia en el Servicio de Oncología de un hospital público de Andalucía.

-Conocer si la orquiectomía afecta a la percepción de masculinidad e imagen corporal del varón.

-Valorar el grado de información que han recibido los pacientes por parte del personal sanitario (médicos y enfermeras) sobre la posibilidad de presentar alguna alteración relacionada con la sexualidad a causa de los tratamientos (quirúrgicos y/o quimioterápicos).

3. Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo.

Muestra

La muestra está formada por 20 varones atendidos en el Servicio de Oncología de un hospital público de Andalucía que acudieron a consulta de oncología tras ser diagnosticados de TCG.

En la etapa de trabajo de campo un primer paso fue obtener un listado de los pacientes atendidos en la consulta de oncología durante los años 2007-2010 y posterior revisión de historias clínicas. En la revisión de 32 historias clínicas se extrajeron las siguientes variables clínicas: edad, histología tumoral y estadiaje, protocolo de tratamiento, crioconservación de semen, fertilidad previa y antecedentes médicos de interés.

Toda la revisión de historias clínicas con fines de investigación se hizo atendiendo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de carácter Personal, y en la ley 14/1986, General de Sanidad. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

Criterios de inclusión y exclusión

Para tales criterios se han tenido en cuenta los estadios clínicos del tumor y no presentar complicaciones importantes post-tratamiento ni enfermedades previas de interés que puedan estar relacionadas con causas de DE.

- Criterios de inclusión:

*Edad: ser mayor de 18 años y menor de 45 años.

*Padecer cáncer testicular en estadio clínico I-II tratados según protocolo de tratamiento, explicado anteriormente.

- Criterios de exclusión:

*Edad: ser menor de 18 años y mayor de 45 años.

*Padecer enfermedades previas o concomitantes que puedan ser causa de DE.

*Presentar complicaciones importantes postquimioterapia.

*TCG en estadio clínico III-IV

Cuestionarios aplicados

A los pacientes que reunían todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión se les sometió a dos cuestionarios: 1) El IIFE, Rosen et al. (18) desarrollaron y validaron este índice con el objetivo de obtener una medida, breve, fiable, autoaplicada y transcultural de la función eréctil. Consta de 15 ítems que se agrupan en las siguientes 5 dimensiones: deseo sexual, función eréctil, función orgásmica, satisfacción con la relación sexual y satisfacción global. Cada ítem se responde en una escala likert de 6 opciones de respuesta que se refieren a frecuencia, dificultad, intensidad o satisfacción. Para la dimensión de disfunción eréctil se han señalado los siguientes puntos de corte: de 6 a 10 puntos, disfunción severa, de 11 a 16, disfunción moderada, de 17 a 25, disfunción leve, y de 26 a 30, sin disfunción eréctil. Este instrumento ha demostrado poseer fiabilidad en términos de consistencia interna y test-retest y sensibilidad a los cambios. 2) Un cuestionario elaborado por el equipo investigador ante la ausencia de cuestionarios validados de forma internacional para evaluar la función sexual en pacientes tratados de cáncer testicular. (38) En nuestro cuestionario se incluyeron variables como: edad, tener o no tener pareja y otras cuestiones relacionadas directamente con los objetivos de nuestro trabajo.

Las respuestas a los cuestionarios se obtuvieron de 3 formas distintas:

- Primera: por correo postal contra reembolso, previa llamada telefónica, explicándole que iba a recibir una encuesta anónima sobre sexualidad y pidiéndose su colaboración.
- Segunda: por entrevista telefónica, aunque esta forma podía suponer sesgo por el pudor que puede causar al paciente hablar directamente con el entrevistador sobre su sexualidad.
- Tercera: mientras acudían al Hospital de Día Oncológico a administrarse la quimioterapia. A todos se les explicó que eran cuestionarios anónimos, el objetivo de nuestro trabajo y se les pidió su colaboración.

Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 17. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, considerando para las variables cuantitativas (edad y las cinco dimensiones del test IIFE) la media, desviación típica, mediana y rango. Para el resto de variables se calculó su frecuencia absoluta y porcentajes.

Resultados

A continuación explicaremos los resultados obtenidos:

Análisis descriptivo de las variables clínicas

La edad media fue 30,9 con una desviación típica (D.T) de 6,19 años Edad mínima 20 y máxima 42 años. La localización tumoral fue en testículo izquierdo 13; 7 en derecho.

Como primera maniobra terapéutica, a todos se les practicó orquiectomía radical unilateral; a uno, se le practicó linfadenectomía retroperitoneal en un segundo tiempo quirúrgico por recaída de la enfermedad. Prótesis testicular se le implantó a 4 (20%). 15 pacientes (75%) recibieron tratamiento con quimioterapia, según protocolo; 5 no recibieron (se les aplicó protocolo de seguimiento). En cuanto a, fertilidad, 15 pacientes (75%) no tenían descendencia previa a la enfermedad; 4 pacientes (20%) si tenían descendencia, motivo por el que no realizaron crioconservación. De 15 pacientes sometidos a quimioterapia, 12 (80%) realizaron crioconservación de semen. Un paciente fecundó a su pareja durante el tratamiento activo con quimioterapia. Ninguno recibió tratamiento radioterápico, ya que, no procedía, según protocolo de tratamiento.

Análisis del índice internacional de la función eréctil (IIFE)

A continuación se exponen los resultados obtenidos del IIFE detallados por dominios:

Función eréctil: se valora en las cuestiones 1, 2, 3, 4, 5, 15 del IIFE. Valor mínimo y máximo del test (10-30). Puntuaciones por debajo de 25 indican disfunción eréctil y las clasifica en: Severa: (6-10); Moderada (11-16); Leve (17-25); Sin disfunción eréctil (26-30).

La respuesta media es 27,40; D.T de 5,36. El intervalo de confianza al 95% es de 24,89-29,91. La media puntúa por encima de 26 que es el límite inferior que indicaría disfunción eréctil y el valor mínimo del intervalo de confianza es cercano a 25 (límite superior de la definición de DE leve). Por tanto, en nuestro resultado los pacientes no presentan disfunción eréctil.

Satisfacción con la relación sexual: se valora en las cuestiones 6, 7, 8. Valor mínimo y máximo del test (10-15). La respuesta media es 13,55; D.T de 1,76. Intervalo de confianza al 95% es 12,73-14,37.

Función orgásmica: se valora en las cuestiones 9, 10. Valor mínimo y máximo del test (7-10). La respuesta media es 9,65; D.T de 0,81. Intervalo de confianza al 95% es 9,27-10,3.

Deseo sexual: se valora en las cuestiones 11,12. Valor mínimo y máximo del test (2-10). La respuesta media es 9,40; D.T de 1,14. Intervalo de confianza al 95% es 8,87-9,93.

Satisfacción global: se valoran en las cuestiones 13,14. Valor mínimo y máximo del test (2-10). La respuesta media es 9,30; D.T de 1,62. Intervalo de confianza al 95% es 8,54-10,06.

En la siguiente tabla se presentan la media, desviación típica, intervalo de confianza al 95% y mediana obtenidos del análisis del IIFE:

Tabla 1. Media, D.T, intervalo de confianza y mediana obtenidos en IIFE

	Valor mínimo	Valor máximo	Media (x̄)	Desviación típica (D.T)	Intervalo de confianza al 95%	Mediana
Función eréctil	10	30	27,40	5,365	24,89-29,91	29,50
Satisfacción Relación sexual	10	15	13,55	1,761	12,87-14,37	14,50
Función orgásmica	7	10	9,65	0,813	9,27-10,03	10
Deseo sexual	6	10	9,40	1,142	8,87-9,93	10
Satisfacción global	5	10	9,30	1,625	8,54-10,06	10

Todos los dominios del IIFE, satisfacción con la relación sexual, función orgásmica, deseo sexual y satisfacción global arrojan cifras medias muy altas, casi cercanas a la puntuación máxima del test, por lo que, en nuestros resultados tales facetas de la función sexual no se ven alteradas.

Análisis bivariante

Pareja: Se ha comparado si tener, o no, pareja sentimental, puede influir en los resultados del IIFE (función eréctil, satisfacción con la relación sexual, función orgásmica, deseo sexual y satisfacción global). En la siguiente tabla se muestran los resultados del IIFE para pareja y sin pareja:

Tabla 2. Resultados del IIFE

		CON PAREJA				SIN PAREJA			
	Valor mínimo y máximo del IIFE	Media (x̄)	Desviación típica (D.T)	Intervalo de confianza al 95%	Mediana	Media (x̄)	Desviación típica (D.T)	Intervalo de confianza al 95%	Mediana
Función eréctil	10-30	28,19	3,83	26,14-30,23	29,50	24,25	3,83	8,97-39,53	28,50

Satisfacción relación sexual	10-15	13,50	1,63	12,63-14,37	13,50	13,75	2,50	9,77-17,73	15
Función orgásmica	7-10	9,63	0,88	9,15-10,10	10	9,75	0,50	8,95-10,55	10
Deseo sexual	6-10	9,31	1,25	8,65-9,98	10	9,75	0,50	8,95-10,55	10
Satisfacción global	5-10	9,44	1,41	8,68-10,19	10	8,75	2,50	4,77-12,73	10

Estas dos variables se han comparado utilizando la prueba no paramétrica de Mann-Whitney (P), obteniéndose los siguientes resultados por dominios:

Tabla 3. Resultados de análisis bivalente

	Función eréctil	Satisfacción relación sexual	Función orgásmica	Deseo sexual	Satisfacción global
Mann-Whitney (P)	0,54	0,54	0,89	0,68	0,68

(Si $P > 0.05$ no hay diferencias significativas)

En nuestros resultados, tener, o no, pareja sentimental, no ha mostrado diferencias estadísticamente significativas en los resultados del IIFE ($P > 0,05$ en todos los dominios).

Análisis del cuestionario de elaboración propia

A las respuestas de cada pregunta se les calculó la frecuencia y porcentaje. Los resultados obtenidos son:

Pregunta 1. ¿Crees que la cirugía ha afectado a tu imagen corporal.? Nada es la respuesta mayoritaria (75%) seguida de un poco (15%) y bastante (10%).

Pregunta 2. ¿Crees que la extirpación del testículo puede afectar a tu masculinidad?. Nada (100%) es la respuesta donde todos coinciden como única respuesta.

Pregunta 3. Desde la cirugía y la quimioterapia, ¿sientes que tu cuerpo ha cambiado?. Un poco (65%) es la respuesta mayoritaria, seguida de nada (30%) y bastante (5%).

Pregunta 4. ¿Te preocupa la posibilidad de infertilidad?. La respuesta mayoritaria es bastante (35%), seguida de nada (25%), un poco (20%) y mucho (20%).

Pregunta 5. ¿Cuánto de importante es para ti la paternidad?. La respuesta mayoritaria es bastante (40%), seguida de mucho (25%), un poco (20%) y nada (15%).

Pregunta 6. ¿Tuviste alguna dificultad para conseguir la muestra de semen para la crioconservación.? La respuesta mayoritaria es nada (91.7%) y un poco (8.3%). Los 8 casos perdidos de un total de 20 se deben a que éstos no recogieron muestra para crioconservación.

Pregunta 7. ¿Has notado algún cambio en la eyaculación.? La respuesta mayoritaria es nada (85%), seguida de un poco (15%).

Pregunta 8. ¿Si tuvieras una prótesis de testículo, te sentirías.?. La respuesta mayoritaria es satisfecho (72%), seguida de muy satisfecho (16,7%), insatisfecho y muy insatisfecho puntúan igual con 5,6%. Hay 2 pacientes de 20 que no contestaron. De los encuestados 4 de ellos eran portadores de prótesis (20%).

Pregunta 9. ¿Su médico o enfermera le informó de la posibilidad de presentar alguna alteración de su sexualidad con los tratamientos?. La respuesta mayoritaria es Si (55%), seguida de No (30%), bastante bien (10%) y me quedé con dudas un (5%). Se puede resumir en que un 65% si recibió información y un 35% no.

Pregunta 10. ¿Su médico o enfermera le hablaron de algunas alternativas para disminuir y/o modificar la disfunción sexual ocasionada por la quimioterapia?. Las respuestas Sí y No dan el mismo porcentaje (45%). Un 10% responde bastante bien. Por tanto, el 65% sí recibió información.

Discusión

La actividad sexual de los pacientes afectos de TCG parece que ha mejorado en las tres últimas décadas. Los primeros trabajos realizados en los años 80 describían alteraciones en la función sexual, mientras que los realizados en los últimos años manifiestan que la calidad de vida y el funcionamiento sexual de los pacientes tratados para el TCG es tan buena como la del resto de la población general. Una explicación parece ser la mejora en las técnicas quirúrgicas y los avances en quimioterapia.

En 1984, Germá et al., (39) concluía que el 71% de los pacientes eran inactivos sexualmente durante el tratamiento del TCG y que, por tanto, parecía innegable que el diagnóstico y, especialmente, el tratamiento del TCG producía trastornos en la actividad sexual.

Trabajos, como el de Rosendal et al., (40) basado en la revisión bibliográfica de 11 artículos, expone que los pacientes tratados para el cáncer de testículo tienen un riesgo más alto de padecer alteraciones en la función sexual (problemas eyaculatorios, orgásmicos y disfunción eréctil) que los varones sanos. Concluía que durante el tratamiento, aproximadamente un tercio de los pacientes experimenta una o más alteraciones sexuales y que las causas psicosociales parecen ser factores importantes en

las disfunciones sexuales de estos pacientes, pero no encontraron ninguna causalidad clara.

En el año 1999, Heidenreich et al. (41) y Petersen et al., (13) describen respectivamente, que el 15 y el 20% de los casos tratados para cáncer de testículo presentan disfunción sexual a largo plazo después del tratamiento con quimioterapia.

Cuatro años después, en el 2003 Fegg et al. (42) obtiene resultados más bajos: alteración de la función eréctil (10%); satisfacción con la relación sexual (4,8%); función orgásmica (10,2%) y deseo sexual disminuido (7,1%).

Introcci et al., (17) en el año 2002 y otros estudios más recientes, Dahl et al. (7) (2005), concluyen que se pueden encontrar algunos problemas en la función sexual de los pacientes tratados de TCG, pero estos problemas no son diferentes a los del grupo control. Así mismo, los pacientes con cáncer testicular, al igual que en la población general, la ansiedad, la depresión, los problemas económicos, tener, o no, una relación sentimental, pueden ser factores que predisponen una disfunción sexual. Por último, concluyen, que la sexualidad de estos pacientes es tan buena como la de la población general masculina de su misma edad. Resultados que coinciden con los del presente trabajo.

Eberhard et al. (43, 44) estudió si los pacientes tratados para cáncer testicular podían tener un factor de riesgo de padecer deseo sexual hipoactivo relacionado con el hipogonadismo, finalmente concluyó que esta disfunción sexual no se asociaba significativamente a la intensidad del tratamiento ni al hipogonadismo.

En nuestros resultados los cambios en la eyaculación son mínimos, el 85% no ha notado ningún cambio, frente al 15% que ha notado algún cambio. De 12 pacientes que recogieron muestra de semen para criopreservación, el 91,7% no tuvo ninguna dificultad para obtener la muestra, solo el 8,3% refiere que tuvo un poco de dificultad. La linfadenectomía retroperitoneal es la técnica con la que mayor frecuencia se asocian trastornos relacionados con la eyaculación, (3, 4) pero en nuestra muestra solo se realizó en un caso. Considerando que los trastornos de la eyaculación (fundamentalmente eyaculación precoz) tienen una tasa media de prevalencia alrededor del 30% en la población general masculina, (19) podemos decir que nuestros resultados están dentro del porcentaje de alteración que se atribuye a la población general masculina, o incluso, más bajos.

Hay pocos estudios que traten sobre la percepción de imagen corporal y masculinidad relacionados con el cáncer de testículo. (16, 45, 4) Éstos describen que el cáncer en los hombres puede limitar o negar papeles que en la sociedad contemporánea se asocian a la masculinidad (fuente de ingresos familiar, estoicismo en cuestiones de salud, entre otras). Sin embargo, en nuestro estudio el resultado es que la masculinidad no se ve afectada después de la orquiectomía. En la pregunta directa: “¿Crees que la extirpación del testículo puede afectar a tu masculinidad?”. El 100% de los encuestados contestó, como única respuesta, entre varias opciones: “nada”. Como explica Arondo J.L en su artículo, (47) esto se deba, a la evolución del hombre en sus relaciones íntimas; a que se está esculpiendo una nueva sexualidad masculina, en el contexto de un nuevo modelo de sexualidad en las parejas y en los individuos. Una sexualidad masculina que acabe con el mito del falocentrismo y que reclame el derecho a una sexualidad más plena.

En la cuestión 1 y 3 que valora la imagen corporal en relación a la orquiectomía y la quimioterapia el 75% responde que tras la orquiectomía su cuerpo no ha cambiado nada. El 15% responde que su cuerpo ha cambiado un poco y bastante el 10%. Por tanto, podemos decir que el 25% sí percibió cambios en la imagen corporal. Los resultados de Introcci et al. (17) describían que el 50% de sus pacientes si habían notado cambio en la imagen corporal, y ésta, mejoraba con la implantación de una prótesis testicular. Al 20% de nuestros pacientes se les implantó prótesis testicular. En la cuestión 8: (¿si tuvieras una prótesis de testículo, te sentirías?) la respuesta mayoritaria es satisfecho (72%) y muy satisfecho (16,7%). Por lo que, estas respuestas parecen corroborar que el 25% que, sí ve afectada su imagen corporal, mejora con la implantación de una prótesis testicular.

Las respuestas a la pregunta ¿desde la cirugía y la quimioterapia sientes que tu cuerpo ha cambiado? son: un poco (65%); bastante (5%) y nada (30%). En relación a la quimioterapia el 70% si parece notar más cambios en su cuerpo, estos cambios físicos, los pacientes los atribuían a, alopecia, palidez cutánea, fatiga y náuseas propias de la quimioterapia. De acuerdo a Dahl et al. (7) los efectos secundarios después del tratamiento de cáncer testicular pueden variar de mínimos, si solo se trata con orquiectomía, a más extensos, si se hace combinando tratamientos, o múltiples ciclos de quimioterapia. Por tanto, de acuerdo con la clínica y las estrategias de tratamiento quimioterápico utilizado, sus efectos secundarios son similares a la población general.

La paternidad y fertilidad parecen ser importantes para los pacientes (65% daban mucha o bastante importancia a la paternidad frente al 35% que les importaba poco o nada). Las respuestas sobre la fertilidad son parecidas, aunque no iguales, (55% contestaron bastante o mucho frente al 45% que contestaron nada o un poco). Esta variedad se puede deber a la horquilla de edad de la muestra (edad mínima 20 y máxima 42 años), pues la idea de paternidad puede ser una cuestión personal que no se plantea igual a la edad de 20, 30 ó 40 años. Al igual que Dahl et al. (7) concluimos que la idea de tener hijos es importante para la mayoría de los hombres, ya que, la incapacidad biológica de no tener hijos presenta un problema serio en cuanto a la percepción de su masculinidad, autoestima y relaciones íntimas. Como nota cabe destacar que uno de los pacientes dejó embarazada a su pareja durante el tratamiento activo con quimioterapia.

En cuanto a la información dada por el médico y/o la enfermera sobre los posibles efectos del tratamiento sobre la función sexual los resultados del presente trabajo son que el 65% sí recibieron información, frente al 45% que no recibió. Según Introcci et al. (17) se muestran cifras del 36% en (Caffo and Amichetti), del 62% en (Gritz et al) y del 50% en su propio estudio, no habían recibido información por parte del urólogo de los implantes de prótesis testiculares o no estaban contentos con la información recibida en general. Nuestros resultados son más altos que los referenciados. Estas cifras parecen poner de manifiesto que es necesario dar más información a estos pacientes sobre tales cuestiones.

Todos nuestros resultados se encuentran sujetos a las principales limitaciones de nuestro estudio, como son: una muestra muy pequeña que ofrece resultados estadísticos poco significativos, sesgos de recogida de datos (encuesta telefónica, pudor al hablar de cuestiones sexuales), y la corta evolución en el tiempo de seguimiento al paciente.

Conclusiones

-No hay alteraciones en la función sexual (función eréctil, satisfacción con la relación sexual, función orgásmica, deseo sexual y satisfacción global) de los pacientes estudiados que han sido tratados solo con orquiectomía y/o protocolo de quimioterapia para TCGT.

-La percepción de la imagen corporal no se altera tras la orquiectomía en la mayoría de los casos analizados. En los pocos casos que se ve alterada se suele corregir con una prótesis testicular. Los cambios corporales que experimentan como, alopecia, náuseas, palidez cutánea, debilidad, fatiga, etc. se atribuyen a los efectos secundarios de la quimioterapia y no a la enfermedad.

-Para los individuos de nuestra muestra la percepción de la masculinidad no se ve afectada por el tratamiento ni por la enfermedad.

-Es necesario que el personal sanitario (médicos y enfermeras) den más información a los pacientes sobre los efectos del tratamiento respecto a la sexualidad e imagen corporal.

-En nuestro estudio hemos detectado un déficit en la información que el personal sanitario (médicos y enfermeras) transmite a los pacientes sobre los efectos del tratamiento respecto a la sexualidad e imagen corporal.

-Es necesario mejorar la comunicación y ampliar la información que los profesionales transmiten a estos pacientes.

-Consideramos que el/la enfermero/a ha de tener un papel predominante en la transmisión de la información referente a estos aspectos “sensibles” sobre los efectos del tratamiento respecto a la sexualidad e imagen corporal, al encontrarse en el desarrollo de su labor más cerca al paciente y su familia que otros profesionales. El cuidado da a la Enfermería acceso al entorno más íntimo de la persona y abre el camino para poder desarrollar relaciones de proximidad, no solo con el paciente, sino también con su entorno familiar lo que facilita el conocimiento sobre demandas específicas de información, dudas y preocupaciones.

-Somos conscientes, que en algunos casos, la barrera en el desarrollo de esta importante función enfermera se encuentra en el déficit de formación específica. Proponemos el desarrollo de cursos específicos para los y las profesionales que trabajen en las áreas de oncología sobre campos tan diversos como educación sexual, asesoramiento en criopreservación, prótesis testicular y fertilidad, prácticas sexuales seguras como aconsejar sobre el uso del preservativo para proteger a la pareja de los metabolitos de la quimioterapia, etc.

Bibliografía

1. Stone J, Cruickshank D, Sandeman T, Mattheews J. Trebling of the incidence of testicular cancer in Victoria, Australia (1950-1985). *Cáncer* 1991;68:211.

2. Richie J. Neoplasms of the testis. In: Walsh P, Retik A, Stamey T, Vaughan Ed, eds. Campbell's urology. Ed 6. Philadelphia: WB Saunders, 1992:1222.
3. Bols GJ, Bajorin DF, Sheinfeld J, Motzer RJ, Changati RSK. Cáncer de testículo. En: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA. Editores. Cáncer: Principios y Práctica de Oncología. 5ª Edición. Ed Panamericana y Arán; 1999;34:1397-1423.
4. Navarro Expósito F, Carballido Rodríguez JA, Álvarez-Mon Soto M. Cáncer de testículo. *Medicine* 2009;10(27):1807-16.
5. Jiménez L, García del Muro J, Germá JR. Cáncer de testículo. *González Barón Oncología Clínica. Momento Médico Iberoamericana*;2010;25:519-535.
6. Makhsida N, Shah J, Yan G et al. Hypogonadism and metabolic syndrome: implications for testosterone therapy. *Journal of Urology* 2005; 174: 827-834.
7. Dahl AA, Mykletun A, Fossa SD. Quality of life in survivors of testicular cancer. *UrolOncol.* 2005 May-Jun;23(3):193-200.
8. Llanes González L, Luján Galán M, Rodríguez García N, García Tello A, Berenguer Sánchez A. Tendencia en la incidencia del cáncer testicular de células germinales en un área sanitaria española de 300.000 habitantes (1991-2005) *Actas Urol. Esp.* 2008;32(7):691-695.
9. Bols GJ, Bajorin DF, Sheinfeld J, Motzer RJ, Changati RSK. Cáncer de testículo. En: Cáncer: Principios y Práctica de Oncología. 5ª Edición. DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA. Panamericana y Arán; 1999;34:1397-1423.
10. Navarro Expósito F, Carballido Rodríguez J.A, Álvarez-Mon Soto M. Cáncer de testículo. *Medicine*; 2009;10(27):1807-16.
11. Warde P, Jewett MAS. Surveillance for stage I testicular seminoma. Is it a good option? *UrolClin North Am.* 1998;25:435-449.
12. Droz JP, Rivoire M. Advanced testis cancer. *Curr Treat Options Oncol.* 2001 Oct; 2(5):421-9.
13. Petersen PM, Skakkebaek NE. Semen quality and reproductive hormones before orchiectomy in men with testicular cancer. *J ClinOncol.* 1999 Mar; 17(3): 941-947.
14. Brydoy M, Fossa SD, Klepp O et al. Paternity following treatment for testicular cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2005 Nov 2; 97(21): 1580-1588.
15. Grau Abalo JA, Llantá Abreu MC, Chacón Roger M, Fleites González G. La sexualidad en pacientes con cáncer: consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Rev. Cubana Oncol.* 1999;15(1):49-65.
16. Introcci L. Male cancer and sexual function. *Elsevier Masson sexologies.* 2007;16:273-278.

17. Introcci L, Win CJ, Wijnmaalen A, Slob AK. Treatment outcome, body image and sexual functioning after orchiectomy and radiotherapy for stage I-II testicular seminoma. *J Radiation Oncology Biol. Phys* 2002;53:1165-1173.
18. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49:822-30.
19. Lucas Matheu M, Cabello Santamaría F. Introducción a la sexología clínica. Elsevier ediciones. 2007;6:155-198.
20. Barrero García ML, Burgos González L, Caballero López G, Cuéllar Portero P, Espinaco Garrido J, Expósito Alburquenque et al. Sexualidad Humana. Guía para profesionales de educación y de salud. Junta de Andalucía 2006;2:7-8.
21. Susan Talburt, Shirley R. Steinberg (eds.). Pensando Queer. Sexualidad, cultura y educación. Editorial Graó; 2005.
22. Definig sexual health report of a technical consultation on sexual health. January 2002. Disponible en: <http://blasapisguncuevas.blogcindario.com/2008/07/00702-sexualidad-suimportancia.html> Consultado en mayo 2011.
23. Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española. Vigésima segunda edición 2001. Ed. Espasa.
24. Montenegro Medina MA, Ornstein C Tapia Ilabaca PA. Cuerpo y corporalidad desde el vivenciar femenino. *Acta Bioethica* 2006;12(2):165-169. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/BIO/acta14.pdf> Consultado en mayo 2011.
25. Hernández Ramírez M. Entre la realidad y el deseo: cuerpos masculinos y medios de comunicación. En: Valcuende del Río JM; Blanco López J. Hombres: la construcción cultural de las masculinidades. Talasa ediciones;2003.p.25
26. López Ibor JJ, López-Ibor Aliño JJ. El cuerpo y la corporalidad. Editorial Gredos Madrid;1974.p.15-36.
27. Kimel M. Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En masculinidades, poder y crisis, coord. Valdés, T. y Olivarría, J. Ed. De las Mujeres. Santiago de Chile;1997. p.49.
28. Foucault M. Historia de la sexualidad 3: La inquietud de sí. Siglo XXI Editores;1987
29. Valcuende del Río JM, Blanco López J. (editores) Hombres La construcción cultural de las masculinidades. Madrid: Talasa; 2003.
30. National Institutes of Health Consensus Development Panel on Impotence. *Jama*. 1993;270:83-90.
31. Leonard R, DeRogatis, Arthur L. The epidemiology of sexual dysfunctions. *J Sex Med*. 2008;5:289-300.

32. Ronal W, Lewis MD, Kerstin S, Fugl-Meyer, Corona G, Hayes RD et al. Definitions/Epidemiology/Risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2010;7:1598-1607.
33. De Almeida Claro J, Kaufman OG, Alarcon G, Agiar W, Nadozza A, Ortiz V, Srougi M. Could a rural lifestyle decrease the prevalence of erectile dysfunction?. *BJU Int* 2007;99:127-9.
34. Martín-Morales A, Sánchez-Cruz JJ, Sáenz De Tejada I, Rodríguez Vela L, Jiménez Cruz JF, Burgos-Rodríguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study *J Urol.* 2001;166:569-74.
35. Rynja S, Bosch R, Kok S, Wouters S, De Kort L. IIFE-15: Unsuitable for Assessing Erectile Function of Young Men?. *J Sex Med.* 2010;7:2825-2830.
36. Plaza del Pino FJ. Competencia Comunicativa Intercultural con pacientes inmigrantes musulmanes. Almería: Ed. Universidad de Almería; 2008
37. Wellwe y Wells. Diccionario de Enfermería. 21 Edición. Madrid; Interamericana McGraw-Hill. 1995;215.
38. Introcci L, Win CJ, Wijnmaalen A, Slob AK. Treatment outcome, body image and sexual functioning after orchiectomy and radiotherapy for stage I-II testicular seminoma. *J Radiation Oncology Biol. Phys* 2002;53:1165-1173.
39. Germá Lluch JR, Arcusa Lanza MA. Comportamiento sexual tras el diagnóstico y tratamiento del cáncer de testículo. *Med Clin (Barc)* 1984;83:567-571.
40. Rosendal S, Kristensen E, Giraldi AG. Sexual dysfunction in men treated for testicular cancer. 2007;169(46):3941-6.
41. Heidenreich A, Hofmann R. Quality-of-life issues in the treatment of testicular cancer. *World J Urol.* 1999;17(4):230-8.
42. Fegg MJ, Gerl A, Vollmer TC, Gruber U, Jost C, Meiler S et al. Subjective quality of life and sexual functioning after germ-cell tumour. *Br J Cancer.* 2003;89(12):2202-6.
43. Eberhard J, Ståhl O, Cohn-Cedermark G, Cavallin-Ståhl E, Giwercman Y, Rastkhani H et al. Emotional disorders in testicular cancer survivors in relation to hypogonadism, androgen receptor polymorphism and treatment modality. *J of Affective Disorders* 2010;122:260-266.
44. Eberhard J, Ståhl O, Cohn-Cedermark G, Cavallin-Ståhl E, Giwercman, Rylander L. Sexual function in men treated for testicular cancer. *J of Sexual Medicine* 2009;6:1979-1989.
45. Carpentier M, Fortenberry JD, Ott MA, Brames MJ, Einhorn LH. Perceptions of masculinity and self-image in adolescent and young adult testicular cancer survivors:

implications for romantic and sexual relationships. *J Psycho-Oncology* 2010;(10):10021772.

46. Cecil R, McCaughan E, Parahoo K. `It's hard to take because I am a man's man': an ethnographic exploration of cancer and masculinity. *J European of CancerCare*2010;(19):501-509.

47. Arondo JL. Nueva sexualidad masculina. Evolución en los moldes culturales del deseo. *Rev.IntAndrol.* 2007;5(4):415-20.