



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**ALTERACIONES EN EL DESEO SEXUAL EN
PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER DE PRÓSTATA**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

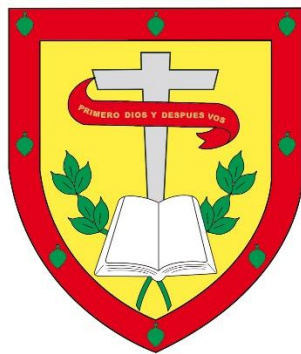
AUTOR: MARIA DE LOS ANGELES LATA PINOS

DIRECTOR: MONICA DEL CARMEN TAMAYO PIEDRA

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**ALTERACIONES EN EL DESEO SEXUAL EN
PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER DE PRÓSTATA**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADO/A EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTOR: MARIA DE LOS ANGELES LATA PINOS

DIRECTOR: MONICA DEL CARMEN TAMAYO PIEDRA

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

María de los Ángeles Lata Pinos portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0105761787**. Declaro ser el autor de la obra: **“Alteraciones en el deseo sexual en pacientes adultos con cáncer de próstata.”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **24 de julio de 2026**

F: 

María De Los Ángeles Lata Pinos

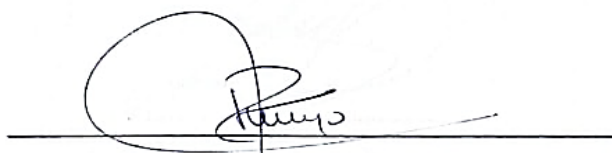
C.I. 0105761787

Cuenca, 24 de julio de 2026

CERTIFICACIÓN

Yo Mónica del Carmen Tamayo Piedra, con cédula de identidad N° 0101951200 en calidad de Directora del Trabajo de Titulación con el tema: “Alteraciones en el deseo sexual en pacientes adultos con cáncer de próstata”, certifico que el presente trabajo fue desarrollado por María de los Ángeles Lata Pinos, bajo mi supervisión.

Atentamente;



Mgs. Mónica del Carmen Tamayo Piedra

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Dra. Mónica Tamayo, directora de esta investigación, por su valioso acompañamiento, dedicación, orientación académica y constante disposición durante el desarrollo de este trabajo. Su experiencia, compromiso y confianza fueron fundamentales para fortalecer cada etapa de este proceso investigativo.

Extiendo mi gratitud a todos los docentes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Cuenca, quienes, a través de sus conocimientos, enseñanzas y ejemplo profesional, contribuyeron significativamente a mi formación académica y personal. Cada aprendizaje adquirido durante estos años ha representado un pilar esencial para la culminación de esta investigación.

Agradezco profundamente a mi familia por su apoyo incondicional, comprensión y motivación permanente. De manera especial, a mi querida abuelita Piedad, a mi padre y a mi madre, quienes han sido una fuente constante de fortaleza, amor y confianza, impulsándome a perseverar incluso en los momentos de mayor dificultad. Asimismo, expreso mi reconocimiento a todos mis familiares por su respaldo y por creer en mis capacidades.

Finalmente, agradezco a mis compañeros y amigos, quienes, con su colaboración, intercambio de ideas, palabras de aliento y apoyo durante el desarrollo de esta tesis, hicieron que este camino fuera más enriquecedor y llevadero.

A todas las personas que, de una u otra manera, formaron parte de este logro académico, les expreso mi más profundo agradecimiento. Este trabajo representa también el reflejo del apoyo, la confianza y el compromiso que cada uno de ustedes depositó en mí a lo largo de este importante proceso.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación, en primer lugar, a mi familia, por ser el pilar fundamental de mi vida y el motor que me ha impulsado a seguir adelante en cada desafío. Su amor, apoyo incondicional, comprensión y confianza han sido la base sobre la cual he construido cada uno de mis logros académicos y personales.

A mi abuelita Piedad, a mi padre, a mi madre y a todos mis familiares, quienes, con sus enseñanzas, consejos y palabras de aliento, me motivaron a perseverar y a creer en mis capacidades incluso en los momentos más difíciles. Cada sacrificio realizado y cada muestra de cariño han sido una inspiración constante para alcanzar esta meta.

De manera muy especial, dedico este logro a mi esposo, Damián Villamarín, por su amor, compañía, paciencia y apoyo constante a lo largo de este proceso. Su confianza en mí, sus palabras de aliento y su presencia en cada etapa han sido una fuente de motivación para continuar avanzando y superar los desafíos que se presentaron durante el desarrollo de esta investigación.

Asimismo, dedico esta tesis a mi crecimiento profesional y personal, como símbolo del esfuerzo, la disciplina y la perseverancia que han marcado este proceso. Este trabajo representa el cierre de una importante etapa y, al mismo tiempo, el inicio de nuevos desafíos que asumiré con responsabilidad, ética y compromiso.

Finalmente, dedico este logro a mi futuro, con la esperanza de que cada conocimiento adquirido se transforme en una oportunidad para contribuir positivamente a la sociedad y ejercer la Psicología Clínica con excelencia, empatía y vocación de servicio. Que esta investigación sea el inicio de muchos éxitos y metas por alcanzar.

María de los Ángeles Lata Pinos.

Resumen

Introducción. El abordaje contemporáneo del cáncer de próstata exige trascender el enfoque biomédico tradicional centrado exclusivamente en las tasas de supervivencia y el control bioquímico del antígeno prostático, reconociendo que los tratamientos oncológicos como la cirugía, la radioterapia y la privación androgénica, desencadenan secuelas profundas e interconectadas en las esferas psicológica, relacional y social del individuo. La disminución drástica del deseo sexual y la alteración de la respuesta eréctil no constituyen meros efectos secundarios tolerables, sino potentes vectores de sufrimiento que precipitan crisis de identidad, cuadros de ansiedad, rumiación cognitiva y depresión reactiva al atentar de forma directa contra los pilares de la masculinidad tradicional y la autoestima. **Objetivo.** Analizar las alteraciones del deseo sexual en pacientes adultos con cáncer de próstata a partir de una revisión bibliográfica cualitativa de alcance descriptivo de estudios publicados entre 2021 y 2026. **Metodología.** Se realizó una revisión cualitativa de tipo bibliográfica de alcance descriptivo de estudios publicados entre 2021 y 2026, considerándose la síntesis de evidencia, modalidades terapéuticas, factores biopsicosociales y relacionales asociados. **Desarrollo.** Los tratamientos para el cáncer de próstata se asociaron con una disminución significativa del deseo sexual, especialmente la terapia de deprivación androgénica y los tratamientos combinados. Además, se identificaron consecuencias biopsicosociales que afectan el bienestar de vida de los pacientes. **Conclusión.** Se evidenció que las secuelas sexuales del tratamiento para el cáncer de próstata afectan significativamente la autoestima y relaciones entre pares, requiriendo un abordaje interdisciplinario que incluya la variable psicológica como el bienestar psicosexual.

Palabras clave: Adultos, cáncer de próstata, deseo sexual, alteración.

Abstract

Introduction. The contemporary approach to prostate cancer requires moving beyond the traditional biomedical focus centered exclusively on survival rates and biochemical control of prostate-specific antigen, recognizing that oncological treatments such as surgery, radiation therapy, and androgen deprivation therapy trigger profound and interconnected consequences in the psychological, relational, and social spheres of the individual. A drastic decrease in sexual desire and impaired erectile function are not merely tolerable side effects but powerful drivers of suffering that precipitate identity crises, anxiety, cognitive rumination, and reactive depression by directly undermining the pillars of traditional masculinity and self-esteem.

Objective. To analyze changes in sexual desire in adult patients with prostate cancer through a descriptive qualitative literature review of studies published between 2021 and 2026.

Methodology. A descriptive qualitative literature review was conducted of studies published between 2021 and 2026, considering evidence synthesis, therapeutic modalities, and associated biopsychosocial and relational factors.

Results. Treatments for prostate cancer were associated with a significant decrease in sexual desire, particularly androgen deprivation therapy and combination therapies. In addition, biopsychosocial consequences affecting patients' quality of life were identified. **Conclusion.** Evidence showed that the sexual side effects of prostate cancer treatment significantly affect self-esteem and peer relationships, requiring an interdisciplinary approach that includes psychological well-being and psychosexual well-being.

Keywords: Adults, prostate cancer, sexual desire, alteration.

Contenido

Introducción.....	10
Conceptualización de las variables de estudio.....	11
<i>Alteraciones en el deseo sexual.</i>	<i>11</i>
<i>Cáncer de próstata.</i>	<i>13</i>
<i>Adultos.</i>	<i>14</i>
Presentación del problema.....	16
Pregunta guía de investigación.....	17
Justificación.	17
Objetivos.	19
<i>Objetivo General:.....</i>	<i>19</i>
<i>Objetivos Específicos:.....</i>	<i>19</i>
Materiales y métodos.....	19
Diseño.....	19
Estrategias de búsqueda.....	19
Extracción de datos.....	20
Análisis de datos.....	21
Desarrollo.....	21
Disminución del deseo sexual según modalidad terapéutica.....	21
Consecuencias psicológicas, relacionales y sociales de la disminución del deseo sexual.....	22
Principales hallazgos sobre disminución del deseo sexual en pacientes adultos con cáncer de próstata según la modalidad terapéutica.....	22
Consecuencias psicológicas, relacionales y sociales asociadas con la disminución del deseo sexual.....	26
Tabla 1.....	31
<i>Matriz revisión bibliográfica abreviada sobre las alteraciones en el deseo sexual en pacientes adultos con cáncer de próstata.</i>	<i>31</i>
Conclusiones.....	34
Referencias.....	36

Introducción

El cáncer de próstata presenta alta prevalencia en hombres adultos y, con el aumento de la supervivencia, la atención clínica ha incorporado dimensiones funcionales persistentes tras el control oncológico. La sexualidad se relaciona con bienestar subjetivo y vínculos íntimos. El deseo sexual se define como un constructo motivacional que integra interés e iniciativa sexual. Su disminución puede expresarse mediante reducción de fantasías y evitación de la actividad sexual, en sobrevivientes de cáncer de próstata, estas manifestaciones coexisten con síntomas físicos y emocionales, lo que justifica una aproximación biopsicosocial para orientar intervenciones acordes al perfil del paciente (Fan et al., 2022; Tiruye et al., 2025).

En el aspecto biológico la terapia de privación androgénica se asocia con disminución del deseo sexual por la reducción sostenida de la testosterona y efectos neuroendocrinos. Recientes evidencias apuntan a que un porcentaje significativo de pacientes reduce su deseo sexual durante el tratamiento, efecto que se ve más marcado si se prolonga la administración hormonal o si esta se realiza de forma continuada en enfermedad avanzada, donde las dificultades sexuales se asocian a una mayor sintomatología y preocupación por la progresión (Mainwaring et al., 2021 Viljoen & Rn, 2023).

Los tratamientos locales con intención curativa, como la prostatectomía radical y la radioterapia, también pueden contribuir a la disminución del deseo sexual a través de mecanismos indirectos. Según Abu-Odah et al., 2025, la autoconfianza en la actividad sexual se ve afectada por la disfunción eréctil, los trastornos eyaculatorios y los síntomas urinarios. Si bien el deseo y la respuesta sexual son ámbitos distintos, la literatura científica aporta evidencia de una influencia mutua entre ellos; la expectativa de una disfunción eréctil promueve la evitación y la disminución del deseo. Estudios comparativos informan sobre secuelas posteriores al tratamiento que afectan la experiencia de la intimidad (Dickstein et al., 2023; Rossi et al., 2025).

La dimensión psicológica explica la disminución del deseo sexual incluso cuando el componente hormonal no es predominante. El diagnóstico oncológico implica amenaza a la identidad e incertidumbre, factores que pueden modificar el significado de la sexualidad, se ha documentado la asociación entre terapia hormonal y síntomas depresivos, así como el efecto de fatiga y anhedonia sobre la motivación sexual en sobrevivientes de cáncer de próstata adultos (Corona et al., 2021; Kinnaird et al., 2025).

Conceptualización de las variables de estudio.

Alteraciones en el deseo sexual.

El deseo sexual se comprende como un componente motivacional de la sexualidad que integra interés, disposición, fantasías, iniciativa y búsqueda de experiencias eróticas o íntimas, por lo que su variación depende de procesos cognitivos y afectivos vinculados con la anticipación de placer, la interpretación de la intimidad y la disposición emocional hacia el encuentro sexual. En el cáncer de próstata, el deseo sexual suele verse afectado por la interacción entre cambios biológicos inducidos por el tratamiento, reacciones psicológicas al diagnóstico y modificaciones en la dinámica de pareja, lo que exige analizarlo como un fenómeno multidimensional y no como una consecuencia automática de la disfunción eréctil (Kinnaird et al., 2025). La erección es la resultante de una combinación de factores vasculares, neurohormonales y de percepción subjetiva de suficiencia para el coito. En urología, su evaluación mediante cuestionarios de autorreporte es el estándar para recoger la experiencia del paciente, destacando el Brief Male Sexual Function Inventory por su capacidad para detectar disfunciones de manera estructurada (O’Leary et al., 1995).

La función eréctil y la respuesta al tratamiento puede ser evaluadas con instrumentos psicométricos estandarizados como el International Index of Erectile Function (IIEF) (Rosen et al., 1997). En estudios que requieren minimizar la carga a los pacientes, la pregunta única de autovaloración ha demostrado ser clínicamente válida para clasificar la disfunción eréctil (O'Donnell et al., 2005). Sin embargo, esta distinción es importante, ya que la disfunción eréctil no es el único dominio que se afecta. En otra línea de investigación, las publicaciones de Adus-salam et al. 2023 y Wittmann et al. 2022 que realizan un análisis cualitativo de la experiencia de los pacientes en una asistencia médica de seguimiento, además de la disfunción eréctil, evidencian la disminución del deseo sexual (38 %), alteraciones en el orgasmo (5 % - 78 %) y en la eyaculación (82,9 %), todo ello en función del tratamiento y la atención médica.

Dada la relación de la sexualidad con el bienestar subjetivo, la regulación emocional y los vínculos íntimos (Yang et al., 2024), debe abordarse de manera sistemática y explícita en la atención del cáncer de próstata. Varios estudios han demostrado que abordarla es una de las mayores necesidades no cubiertas y que existen barreras como el estigma, la resignación y la falta de continuidad de la atención especializada (Charlick et al., 2025; Wittmann et al., 2022). La disminución en el deseo se puede presentar como disminución en la fantasía, la

iniciación, la excitación a estímulos eróticos y la evitación de situaciones sexuales (Adus-salam et al., 2023). Estos síntomas pueden ir acompañados de síntomas físicos, cargas emocionales, tensiones relacionales, y significados socioculturales sobre la masculinidad y el rendimiento sexual que alimentan el silencio y la evitación, lo que requiere un enfoque biopsicosocial que permita describir el fenómeno con mayor precisión (Hayashi et al., 2022; Talvitie et al., 2024).

La testosterona se ha asociado de forma consistente a una disminución de la libido en la restricción androgénica de Zhang et al. (2025), al provocar una supresión crónica del andrógeno. También se ha asociado a una serie de síntomas secundarios, como la fatiga y las alteraciones del estado de ánimo, que se cree que afectan a la motivación y a la energía. Recientemente, se ha estimado que entre el 15% y el 20% de los pacientes son sexualmente activos durante y después de la privación androgénica. Por lo tanto, será necesario que en cada uno de los estudios se indique claramente el instrumento de medición del deseo y el momento en el que se realiza el seguimiento (Creidy et al., 2025). Por otro lado, incluso en pacientes que se han sometido a cirugía o radioterapia, puede haber disminuciones en el deseo sexual por la mediación indirecta de miedo al fracaso sexual (40%-60%), síntomas urinarios (20%-45%), dolor (10%-30%), fatiga (35%-55%) y alteraciones de la imagen corporal (25%-50%). En estos casos, incluso si la capacidad funcional se mantiene, se puede ver una disminución del deseo, ya que la motivación sexual también se basa en la seguridad emocional, las expectativas y la satisfacción relacional (Adus-Salam et al., 2023; Wittmann et al., 2022).

Con fines metodológicos, se definieron "alteraciones en el deseo sexual" como libido/deseo sexual, así evaluado en el autorreporte, en escalas o ítems de libido/deseo, en entrevistas clínicas y en dominios de funcionamiento sexual del paciente, en el contexto del cáncer de próstata (Bisceglia et al., 2026). La línea de base previa al diagnóstico, la edad, el estado de pareja y la sexualidad anterior, así como las creencias sobre la sexualidad masculina que influyen en la iniciativa, la evitación y la búsqueda de apoyo, son relevantes para la interpretación de los resultados (Zhang et al., 2025). La variable se define como una disminución por debajo de los niveles habituales de deseo sexual que se mantiene en el tiempo, está relacionada con el proceso de enfermedad y tratamiento, y podría tener repercusiones en el ámbito emocional y/o relacional. Se aporta una definición de la variable en base a la evidencia descrita, evitando así inferencias que no están apoyadas por los estudios

incluidos en la revisión (Charlick et al., 2025; Wittmann et al., 2022).

Cáncer de próstata.

El cáncer de próstata es uno de los cánceres con mayor incidencia en hombres según el Global Cancer Observatory (IARC/WHO). En el Ecuador, se estima una incidencia anual de 3.456 casos nuevos, 1.362 muertes y una prevalencia de 7.817 casos a los 5 años según GLOBOCAN 2022, que le posicionan como un problema relevante de salud y que justifica el estudio de posibles desenlaces funcionales y psicosociales asociados a la enfermedad y su tratamiento (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2024). A nivel mundial, la ficha técnica para el cáncer de próstata refleja tares similares a esta carga, de alrededor de 1,47 millones de nuevos casos en 2022 con una mortalidad destacable; estas estadísticas se leen dentro de un contexto de inequidades en detección y acceso, los cuales determinan oportunidad diagnóstica y resultado clínico (Bray et al., 2024; IARC, 2022).

El cáncer de próstata es un tumor maligno que afecta a las células de la próstata y que presenta una evolución clínica muy diversa que va desde un carcinoma de crecimiento lento y de bajo riesgo, hasta una enfermedad localmente avanzada o metastásica, parámetros que influyen en las decisiones terapéuticas, la intensidad del tratamiento y la duración de la toxicidad (National Cancer Institute, n. d.). Dentro de esta temática, el cáncer de próstata es entendido como un acontecimiento de salud que puede afectar la experiencia corporal, emocional y de intimidad, pues sus tratamientos suelen estar relacionados con secuelas sexuales y con obstáculos para buscar apoyo en salud sexual, tales como estigma, resignación y poco seguimiento en la atención especializada (Charlick et al., 2025).

El manejo terapéutico habitual en la mayor parte de los casos es la vigilancia activa, prostatectomía radical, radioterapia (exenta o braquiterapia) y terapia de privación androgénica (TPA), sola o combinada con otros regímenes sistémicos en fases avanzadas, cuyas indicaciones y estrategias dependen del riesgo y de la condición clínica (European Association of Urology, 2025). La terapia de privación androgénica (ADT) suprime de manera sostenida la testosterona, lo cual conduce ineludiblemente a una reducción en la libido y a cambios en el estado de ánimo, y por cuanto que el deseo sexual disminuye fuertemente, debería considerarse como un resultado clínico independiente y prioritario (Corona et al., 2021; Creidy et al., 2025).

Cada modalidad tiene perfiles de secuelas diferentes: la cirugía puede lesionar estructuras neurovasculares involucradas en la respuesta sexual; la radioterapia puede inducir

alteraciones evolutivas en tejidos y trayectorias urinarias; y la terapia hormonal/privación androgénica disminuye los niveles de andrógenos o bloquea sus efectos, con esto se relaciona pérdida del deseo sexual, alteraciones del ánimo y más efectos sistémicos relacionados con la vitalidad y el tamaño corporal (National Cancer Institute, 2024). En consecuencia, se considera el cáncer de próstata como variable explicativa principal dado que el estadio y el tratamiento influyen en mecanismos biológicos y psicosociales que afectan el deseo sexual, en congruencia con el objetivo de investigación centrado en la relación cáncer-deseo (European Association of Urology, 2025).

En este estudio, "cáncer de próstata" está operacionalizado en términos descriptivos mediante las características de los pacientes reportados en los artículos: estadio clínico, riesgo oncológico, modalidad de tratamiento administrado, duración de la terapia, y fase del curso (diagnóstico, tratamiento activo, control o supervivencia). Estas variables permiten clasificar la evidencia y discernir distintos escenarios en que las disfunciones del deseo sexual ocurren con mayor frecuencia o gravedad, así como discernir transitorios de persistentes cambios durante la administración del tratamiento y según la estrategia terapéutica (European Association of Urology, 2025).

Adultos.

Definimos "adultos" como personas de 18 años o más, y nos centramos en hombres adultos diagnosticados con cáncer de próstata, dado que la sexualidad en la edad adulta está marcada por cambios biológicos y sociales relacionados con la edad, así como por comorbilidades, el uso crónico de medicamentos, fluctuaciones en la energía y la salud mental, y transformaciones en la vida afectiva y relacional. Este criterio de inclusión es importante, ya que el cáncer de próstata se diagnostica con mayor frecuencia en hombres de mediana edad y mayores, por lo que la evaluación del deseo sexual debe separar los componentes preexistentes al diagnóstico de aquellos relacionados con la enfermedad o el tratamiento; es decir, informes poblacionales han sugerido que el cáncer de próstata se diagnostica con mayor frecuencia a una edad más avanzada y sitúan la edad media de diagnóstico al final de la sexta década o al principio de la séptima (Instituto Nacional del Cáncer, 2025; SEER, 2025).

En este marco, de acuerdo con Zhang et al. (2025) el deseo sexual puede verse influido por autoestima, creencias culturales sobre masculinidad, experiencias previas de intimidad y calidad de la relación de pareja, y en cáncer de próstata estos factores cobran mayor peso porque el diagnóstico y las secuelas del tratamiento pueden activar temor, incertidumbre,

evitación y cambios comunicacionales en la pareja; por ello, metodológicamente “adultos” opera como criterio de inclusión poblacional y como modulador interpretativo, priorizando en la síntesis la caracterización de edad, estado de pareja y condiciones concurrentes cuando los estudios lo reporten, dado que tales variables ayudan a explicar variaciones en sexualidad y en afrontamiento (Rio et al., 2023; Wittmann et al., 2022).

La eyaculación es uno de los dominios de la respuesta sexual masculina relacionados con el componente fisiológico y la experiencia subjetiva de la fase orgásmica. Si la eyaculación se altera, se puede presentar como una disfunción sexual aislada y separada de la erección o del deseo sexual (Nimbi et al., 2020). Por esta razón, la eyaculación se considera un dominio distinto en la consulta y en la investigación, ya que no todas las disfunciones sexuales son secundarias a una disfunción eréctil o a un trastorno del deseo sexual, y debe ser objeto de análisis separado en los efectos sexuales del cáncer de próstata y su tratamiento (Wittmann et al., 2022). La función eréctil se ve afectada por la cirugía local (prostatectomía radical con y sin preservación del nervio) a través del daño neurovascular y corporal, aunque se ha visto que la preservación del nervio provoca una mejor recuperación de la función eréctil en las revisiones sistemáticas (Cheung et al., 2025; Pina et al., 2024), aunque esto depende de la edad del paciente, su función eréctil basal, sus comorbilidades, su técnica quirúrgica y el tiempo de seguimiento. A pesar de tener deseo y/o respuesta eréctil, la aneyaculación, la reducción del volumen de semen, el dolor eyaculatorio y la alteración de la calidad del orgasmo pueden afectar la experiencia de la relación sexual y provocar evitación o disminución de la actividad sexual debido a las expectativas negativas (Ghaffar et al., 2024).

Desde una perspectiva clínica, el análisis de la eyaculación se realiza básicamente por autorreporte, dado que la percepción del paciente sobre si ha tenido lugar o no, calidad, molestia y significación del acontecimiento eyaculatorio está en función del contexto relacional. Herramientas de resultados reportados por el paciente a menudo se emplean en las investigaciones de cáncer de próstata para medir el dominio sexual. Adicionales revisiones reflejan la necesidad de utilizar herramientas validadas con tan conocidos propiedades psicométricas y momentos de medición especificadas (base, durante el tratamiento, seguimiento o supervivencia) ya que estas elecciones metodológicas influirán en la comparabilidad de resultados e interpretación de cambios (Abu-Odah et al., 2025). Este matiz es importante incluso en el estudio de la eyaculación, toda vez que hay (otras) formas diferenciales de cuantificar la aneyaculación, la alteración de la calidad orgásmica, el malestar

asociado, o el efecto subjetivo sobre la intimidad.

Desde un punto de vista simbólico, la eyaculación no es sólo un evento fisiológico, ya que se asocia con expresiones de identidad sexual, autopercepción masculina, narrativa biográfica y experiencia íntima. En la experiencia de muchos hombres, el orgasmo y la eyaculación se asocian con confirmación de competencia sexual, reciprocidad en la pareja y validación del propio cuerpo, de modo que la ausencia de eyaculación o los cambios en su cualidad pueden vivirse como pérdida, disminución de control o amenaza a la autoimagen, incluso cuando la persona reconoce que el objetivo primario del tratamiento es oncológico (Rossi, 2025). Estudios cualitativos y guías de cuidado en salud sexual enfatizan que estos significados influyen en cómo el paciente interpreta sus cambios sexuales, en su disposición a hablar del tema y en su probabilidad de buscar ayuda, especialmente cuando la comunicación de pareja está limitada por pudor o por creencias culturales sobre desempeño (Charlick et al., 2025; Wittmann et al., 2022).

Presentación del problema.

Desde un punto de vista clínico, el cáncer de próstata se define como el cáncer que se desarrolla en los tejidos de la próstata y tiene un curso clínico heterogéneo que varía desde enfermedad de bajo riesgo y crecimiento lento hasta enfermedad localmente avanzada o metastásica, lo que afecta a las decisiones terapéuticas y a los perfiles de efectos adversos (National Cancer Institute, n.d.; European Association of Urology, 2025). Desde una perspectiva demográfica, la enfermedad se presenta en la mediana y la tercera edad, y en los estudios poblacionales, la edad media al momento del diagnóstico se sitúa entre la parte final de la sexta y el principio de la séptima década, por lo que es importante distinguir entre los efectos atribuibles al envejecimiento y las comorbilidades, y los atribuibles al cáncer y los tratamientos (SEER, 2025; National Cancer Institute, 2025).

Dentro de la disfunción sexual, las alteraciones del deseo o impulso sexual son uno de los tipos más comunes que se encuentran en los hombres con cáncer de próstata, con una prevalencia general de entre el 60% y el 90%, dependiendo de la definición, el instrumento, la fase del cáncer y el tipo de tratamiento (Abu-Odah et al., 2025). En un estudio transversal con encuesta en línea en trece dominios de disfunción sexual, se informó de una disminución del deseo sexual en el 38% de los hombres y de una pérdida del impulso sexual en el 67,1%. También se observó una falta de confianza sexual en el 76,2%. Sin embargo, esto podría reflejar no solo la falta de rendimiento sexual, sino también la falta de deseo sexual, la falta

de seguridad sexual y la falta de intimidad (Adus-Salam et al., 2023; Kinnaird et al., 2025; Wittmann et al., 2022).

La sexualidad forma parte de la salud del paciente y puede verse afectada negativamente por su diagnóstico, su tratamiento y su adaptación posterior (por ejemplo, el deseo, la satisfacción, la intimidad y la comunicación de la pareja) (Mainwaring et al., 2021; Wittmann et al., 2022). Sin embargo, parece que las necesidades sexuales son uno de los aspectos que menos se abordan durante el seguimiento, en parte debido al estigma, la resignación y las limitaciones organizativas del sistema de atención, lo que provoca que la disfunción del deseo persista en un subgrupo de pacientes (Charlick et al., 2024; Charlick et al., 2025). Esta brecha asistencial se ve agravada por la heterogeneidad de los instrumentos para la evaluación del deseo/impulso sexual en la literatura, lo que limita la posibilidad de comparar estudios y hacer recomendaciones clínicas, de ahí que una revisión que describa las definiciones operativas, los instrumentos y los momentos de evaluación sea de interés metodológico (Abu-Odah et al., 2025).

Pregunta guía de investigación.

¿Cómo se describen y qué factores se asocian con las alteraciones del deseo sexual en pacientes adultos con cáncer de próstata, según la evidencia científica publicada entre 2021 y 2026?

Justificación.

La justificación del presente trabajo se sustenta en la relevancia clínica, psicológica y social de las alteraciones del deseo sexual en pacientes adultos con cáncer de próstata, debido a que este fenómeno se asocia con afectación del bienestar sexual y suele permanecer subidentificado en la atención oncológica. La evidencia reciente indica que la sexualidad constituye un dominio importante de los resultados reportados por el paciente y que su afectación no se limita a la función eréctil, ya que también incluye dimensiones motivacionales y afectivas como el deseo sexual, la iniciativa y el interés por la intimidad, con impacto en la experiencia de pareja y en la adaptación posterior al tratamiento (Charlick et al., 2025; Wittmann et al., 2022). En el cáncer de próstata, este tema es particularmente importante, ya que los tratamientos comúnmente utilizados, especialmente la terapia de privación de andrógenos, dan como resultado la supresión de andrógenos y se asocian con una disminución de la libido y otros síntomas concurrentes como fatiga y cambios de humor que pueden exacerbar la reducción del interés sexual y causar malestar psicosexual en el momento

del tratamiento y el seguimiento (Creidy et al., 2025; Gudenkauf, 2024; Reiss et al., 2023).

Desde la mirada de la psicología clínica, la ausencia de deseo sexual tiene que ver con la ansiedad, la depresión, la preocupación por el rendimiento, la alteración de la imagen del cuerpo y de la identidad sexual. En el aspecto relacional, la pareja puede estar pasando por un mal momento, tener poca cercanía e intimidad y mucha lejanía. Esto puede suceder cuando la pareja no tiene una comunicación adecuada sobre el deseo sexual, ya sea por vergüenza o por patrones culturales sobre la masculinidad. En estudios cualitativos de PCa, los hombres interpretan los cambios en la sexualidad en términos de masculinidad, envejecimiento y papel de pareja, lo que afecta a la percepción del malestar, la normalización de la pérdida del deseo o la búsqueda de ayuda. Utilizando entrevistas, Kinnaird y Stewart-Lord (2020) muestran cómo los hombres tratados con radioterapia y privación androgénica explican la disfunción sexual en términos de la autopercepción, la relación de pareja y la masculinidad, y la búsqueda de información y apoyo.

Convergentemente, Charlick et al. (2025) describen barreras para solicitar apoyo en el bienestar sexual post-tratamiento: autoexigencia, estigmatización, resignación y evitar hablar de sexualidad con los profesionales y la pareja. Rossi (2025) estudia la afectación del cáncer de próstata avanzado a la identidad masculina. La sexualidad, entendida a la luz del envejecimiento y del mantenimiento del "rol de proveedor/pareja" influye en la experiencia de la pérdida, en la comunicación íntima y en la solicitud de ayuda.

Es relevante en este contexto que revisiones recientes han evidenciado barreras estructurales y comunicacionales para abordar la salud sexual en la oncología, como la escasa indagación sistemática, el tiempo limitado en consulta y la falta de rutas de derivación a servicios especializados, que impulsan el subregistro y limitan las intervenciones durante la fase de supervivencia del cáncer (Charlick et al., 2025; Rossi, 2025; Wittmann et al., 2022). Una revisión de la literatura sobre el tema, sistematizando evidencia científica publicada entre 2021 y 2026 ¹¹, permitirá identificar hallazgos consistentes, variaciones según modalidad terapéutica, describir sus implicancias y vacíos metodológicos, y entregar información sobre cómo mejorar la indagación clínica y la implementación de acciones interdisciplinarias en salud sexual en hombres sobrevivientes de cáncer de próstata (Abu-Odah et al., 2025; Wittmann et al., 2022).

Objetivos.

Objetivo General:

Analizar las alteraciones del deseo sexual en pacientes adultos con cáncer de próstata a partir de una revisión bibliográfica cualitativa de alcance descriptivo de estudios publicados entre 2021 y 2026.

Objetivos Específicos:

1. Identificar los principales hallazgos sobre disminución del deseo sexual en pacientes adultos con cáncer de próstata según la modalidad terapéutica.
2. Describir las consecuencias psicológicas, relacionales y sociales asociadas con la disminución del deseo sexual.

Materiales y métodos

Diseño

Revisión cualitativa de tipo bibliográfica de alcance descriptivo.

Estrategias de búsqueda

La revisión de la literatura se ha realizado de manera sistemática y estructurada con la finalidad de encontrar evidencia científica relevante acerca de las disfunciones del deseo sexual en pacientes adultos con cáncer de próstata. Para garantizar la trazabilidad, se ha definido previamente la pregunta guía, los criterios de inclusión y exclusión y los límites temporales adoptados durante la revisión, lo que ha permitido una selección de estudios coherente con los objetivos del trabajo y ha posibilitado la elaboración de una síntesis sustentada en literatura actual y metodológicamente consistente.

La búsqueda se realizó en bases de datos científicas de alta cobertura y prestigio en el ámbito académico. Se priorizaron las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science, ScienceDirect y Taylor & Francis, por su concentración de artículos en revistas científicas y por sus herramientas de filtro. Por otro lado, las búsquedas se complementan con repositorios de acceso abierto de revistas que están en el índice para recuperar el texto completo de los artículos y evitar la inclusión de documentos no verificables o de procedencia no académica.

Se incluyeron como palabras de búsqueda controladas los descriptores de los tesauros MeSH y DeCS y las palabras clave en inglés: prostate cancer, sexual desire, libido, hypoactive sexual desire, androgen deprivation therapy y sexual dysfunction. Esta estrategia

buscó optimizar la precisión de los resultados, aprovechando la combinación de palabras de búsqueda controladas y no controladas, ya que permite, por un lado, recuperar documentos que se encuentran indexados y, por otro, identificar artículos más recientes que hayan utilizado variaciones conceptuales sobre deseo sexual y salud sexual oncológica.

Se han refinado las consultas a través de operadores booleanos, utilizando AND para intersecar conceptos claves, OR para incluir sinónimos o términos relacionados y NOT para eliminar poblaciones o tópicos no deseados. Además, se añadieron filtros para año de publicación, tipo de estudio y población adulta, y se revisaron términos en campos como título, resumen y palabras clave para minimizar ruido y maximizar relevancia de resultados sin perder alineación con la extensión descriptiva de la revisión.

Extracción de datos

La extracción de datos se llevó a cabo de manera sistemática y estructurada entre todos los estudios que atendieron a los criterios de inclusión. Se utilizó para ello un formato estandarizado de extracción de datos, diseñado para la revisión, que permitía una recogida homogénea de los datos y facilitar así la comparación entre estudios. Este proceso ha minimizado las discrepancias en la codificación y ha asegurado que todos los ítems necesarios para responder la pregunta guía se encontraban codificados.

La ficha incluye información bibliográfica (autor, año, país/contexto y diseño metodológico de la investigación), junto a los datos de la población estudiada: tamaño muestral, rango etario disponible y criterios de inclusión. Se anotó el estadio del cáncer de próstata y el tipo de tratamiento más común (cirugía, radioterapia, privación androgénica u otras), clasificando la evidencia según exposición. También, se reportó cómo definieron y midieron la libido o deseo sexual, indicando los instrumentos de evaluación y dimensiones consideradas y la forma de reporte. Finalmente, también se incluyeron en el reporte variables relacionadas con el deseo sexual como son los indicadores hormonales, síntomas emocionales, factores de pareja, comorbilidades y características del tratamiento.

Por fin, se han presentado los resultados más importantes y se han resaltado las conclusiones, con un enfoque en la intensidad, curso temporal y factores asociados al deseo sexual. La información ha sido tabulada en matrices comparativas para un resumen cualitativo en búsqueda de convergencias, discrepancias y vacíos metodológicos.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se empleó un resumen cualitativo descriptivo, que buscaba integrar la evidencia disponible acerca de las alteraciones del deseo sexual en pacientes adultos con cáncer de próstata, siendo coherente con el objetivo general establecido y sin realizar análisis estadísticos.

Para poder cumplir con el primer objetivo, los resultados se han presentado teniendo en cuenta la modalidad de intervención (privación androgénica, cirugía, radioterapia y esquemas combinados), lo que ha posibilitado la detección de patrones de reducción del deseo sexual asociados a intensidad, frecuencia y tipo de tratamiento.

Para el objetivo dos, se ha seguido un enfoque integrador que agrupa factores biológicos (hormonales y físicos), psicológicos (afectividad y autoimagen) y relacionales (comunicación e intimidad) y describe las consecuencias relacionadas con los tratamientos en función de una visión multifactorial.

Desarrollo

Disminución del deseo sexual según modalidad terapéutica

La disminución del deseo sexual en pacientes adultos con cáncer de próstata se organiza desde una lectura clínica comparativa, donde la modalidad terapéutica condiciona la forma, intensidad y duración de la afectación sexual. La terapia de privación androgénica concentra el impacto más directo sobre la libido por la supresión hormonal, mientras la prostatectomía radical, la radioterapia externa, la braquiterapia y los tratamientos combinados generan perfiles diferenciales vinculados con función eréctil, eyaculación, confianza corporal y respuesta íntima.

La evidencia revisada permite sostener que el deseo sexual no debe reducirse a una respuesta hormonal aislada, porque también se conecta con fatiga, ánimo, temor al fracaso, alteraciones urinarias, daño eyaculatorio, molestias intestinales, recuperación de testosterona y percepción subjetiva del cuerpo tratado. En esa línea, los estudios seleccionados acotan el análisis hacia hallazgos medibles, modalidades terapéuticas concretas y desenlaces reportados por pacientes, sin mezclar efectos físicos con consecuencias psicosociales que corresponden al siguiente bloque.

Comentario justificativo. Este bloque acota la revisión porque separa el problema sexual desde la intervención recibida, lo que permite comparar cirugía, radioterapia, ADT, braquiterapia, vigilancia activa e intervenciones de apoyo sin dispersar la matriz. La delimitación resulta útil para identificar qué tratamientos se asocian con mayor deterioro funcional, qué estudios miden directamente el deseo y

cuáles sólo permiten inferir desde dominios sexuales complementarios.

Consecuencias psicológicas, relacionales y sociales de la disminución del deseo sexual

El impacto de la reducción del deseo sexual no se queda en el cuerpo tratado, sino que invade la autoestima, la masculinidad, la comunicación de pareja, la búsqueda de ayuda, la vergüenza, el apoyo institucional y la adaptación post-supervivencia. En este segundo apartado, las evidencias se presentan a partir de la experiencia subjetiva y relacional del paciente, describiendo cómo las secuelas sexuales pueden traducirse en ansiedad, evitación íntima, silencios de pareja, pérdida de seguridad y necesidades de apoyo no cubiertas.

La revisión también muestra que el cuidado oncológico suele priorizar el control biomédico de la enfermedad, dejando la salud sexual en un lugar secundario. Por ello, los estudios incluidos permiten diferenciar barreras de comunicación, estigma, experiencias de minorías sexuales y de género, rehabilitación sexual, co-diseño de recomendaciones y necesidades educativas después del tratamiento, manteniendo una lectura ordenada de las consecuencias psicológicas, relacionales y sociales sin mezclarlas con los efectos terapéuticos directos.

Principales hallazgos sobre disminución del deseo sexual en pacientes adultos con cáncer de próstata según la modalidad terapéutica

La disminución del deseo sexual no puede comprenderse adecuadamente si antes no se revisa cómo se mide la sexualidad en pacientes con cáncer de próstata. En esa línea, Abu-Odah et al. (2025) muestran, desde una revisión sistemática sobre instrumentos PROMs, que existen varias herramientas para evaluar función sexual, pero no todas cuentan con la misma validez, confiabilidad o sensibilidad para captar cambios en el deseo, satisfacción o actividad sexual. Este estudio aporta directamente de forma adecuada porque advierte que las diferencias entre prostatectomía radical, radioterapia o terapia de privación androgénica pueden quedar poco claras cuando se utilizan escalas generales o poco precisas. Su límite está en que no analiza directamente los efectos clínicos de cada tratamiento, sino la calidad de los instrumentos empleados.

En el caso de la terapia de deprivación androgénica, el impacto sobre el deseo sexual aparece con especial fuerza, porque este tratamiento reduce los niveles de testosterona y modifica la energía, la respuesta sexual y el interés por la intimidad. Creidy et al. (2025) evidencian que la actividad sexual disminuye con el tiempo, sobre todo cuando la ADT se prolonga o se combina con otros tratamientos. De este modo, la investigación entrega datos relevantes ya que permite relacionar esta modalidad terapéutica con una reducción clara del

deseo sexual, no solo como efecto físico, sino como una experiencia que también compromete seguridad, ánimo y disposición íntima. Su limitación se encuentra en el carácter narrativo de la revisión, porque la selección de estudios puede ser menos estricta que en una revisión sistemática.

Desde la perspectiva clínica, pero teniendo también en cuenta la vivencia del paciente, la falta del deseo no es consecuencia sólo de la reducción de los niveles de testosterona. La supresión hormonal es un mecanismo fundamental, y la fatiga, los síntomas depresivos, la disminución de la energía y los cambios en la imagen corporal pueden exacerbar la disminución del interés sexual (Corona et al. (2021). Así pues, con este estudio se ayuda a entender que la ADT ataca el deseo a través de diferentes vías: biológica, emocional y subjetiva. El significado de su trabajo es que se evita que la libido sea vista como una simple respuesta hormonal, aunque la limitación del estudio fue que no incluye datos propios, sino que es una revisión de evidencia previa.

En pacientes sometidos a radioterapia definitiva, la experiencia sexual también se transforma desde dimensiones que van más allá de la función corporal. Daniels et al. (2024) analizan esta situación en hombres con cáncer de próstata tratados en Ghana y muestran que una proporción importante percibió disminución del deseo sexual, junto con disfunción eréctil, menor actividad sexual y pérdida de confianza íntima. El valor de este estudio está en recuperar la voz del paciente, mostrando que la radioterapia no solo afecta la respuesta sexual, sino también la seguridad con la que el hombre se aproxima al encuentro íntimo. Su principal limitación es el contexto geográfico específico, por lo que sus hallazgos deben leerse con cautela al compararlos con otras poblaciones.

Una visión más amplia de la disfunción sexual también muestra que el deseo no es el único que se ve afectado. En una muestra de 654 pacientes, Kinnaird et al. (2025) han descubierto que casi todos los pacientes informan problemas sexuales postratamiento que incluyen disfunciones del deseo sexual, la función eréctil, la eyaculación, la confianza sexual y la imagen corporal. Este hallazgo muestra que las secuelas sexuales son parte del curso oncológico habitual y que la falta de deseo sexual puede deberse al miedo a fracasar sexualmente, a la falta de confianza y a los cambios en el propio cuerpo. Por tanto, su aporte se relaciona con el objetivo 1. Su límite está en el diseño transversal, ya que identifica asociaciones, pero no prueba causalidad.

Los efectos funcionales a largo plazo tras el tratamiento del cáncer de próstata son más

complejos. En una cohorte de 2445 pacientes con un seguimiento medio próximo a 10 años, Awamlh et al. (2024) observaron que la prostatectomía radical se asociaba a más problemas urinarios, y la combinación de radioterapia y terapia hormonal a más problemas intestinales y hormonales. Los resultados en el ámbito sexual dependían de la función previa, del tipo de tratamiento y de la patología del paciente. Este estudio identificó y demostró que las secuelas sexuales pueden persistir durante años y no siempre desaparecen tras finalizar el tratamiento. Su límite, en el diseño observacional, es que pueden persistir factores de confusión no controlados (Zhang et al., 2025).

La función eyaculatoria suele quedar en segundo plano cuando se habla de sexualidad en cáncer de próstata, aunque también puede modificar la disposición íntima del paciente. Ghaffar et al. (2024), mediante una revisión sistemática y metaanálisis de 17 estudios con 2156 pacientes, identifican aneyaculación, reducción del volumen eyaculatorio y molestias durante la eyaculación después de la radioterapia. Aunque el deseo sexual no constituye la variable principal, estos cambios pueden influir en la motivación íntima, porque el paciente puede asociar la actividad sexual con incomodidad, frustración o pérdida. Su aporte está en ampliar la lectura de los efectos de la radioterapia sobre la sexualidad masculina. Su limitación es que el vínculo con la libido se interpreta de forma indirecta.

No todos los efectos secundarios sexuales son permanentes y la naturaleza de la rehabilitación es alentadora para la recuperación de la confianza y el bienestar. Galvão et al. (2025) realizaron un ensayo con 112 sobrevivientes de cáncer de próstata que siguieron un programa de ejercicios y apoyo psicosexual, que mostró mejoras en la función eréctil, la actividad sexual, la confianza, la intimidad y el bienestar. A pesar de que la sexualidad no es el resultado primario, parece que también su abordaje está influenciado por el contexto de acompañamiento, la seguridad subjetiva y la posibilidad de reconstrucción de la experiencia sexual después del tratamiento. Su valor añadido está en que los efectos sobre la sexualidad pueden abordarse de forma integradora desde el diseño. Su límite es que la libido se aborda de forma complementaria.

Sin embargo, la recuperación hormonal no significa que se haya recuperado el deseo sexual, lo que indica que la recuperación en el tiempo pos-tratamiento no es necesariamente la misma. Onishi et al. (2026) analizan la relación entre la privación androgénica, la recuperación hormonal y la función sexual en pacientes que se sometieron a braquiterapia y concluyen que la recuperación de la función sexual puede ser más lenta o irregular que la de los niveles

hormonales. El cansancio, la edad, el miedo a fracasar y los procesos de adaptación pueden ser responsables del efecto, lo que indica que la disminución de la libido tiene su propio ritmo durante y después del tratamiento. La limitación de esta base de datos es que se centra en la función sexual en general y no solo en la libido.

Al realizarse comparaciones entre tratamientos tópicos, cada uno da lugar a un distinto perfil de efectos sobre la función. As et al. (2024) a radioterapia corporal estereotáxica contra prostatectomía radical para el cáncer de próstata localizado, agregando resultados urinarios, intestinales y sexuales. Los resultados muestran que la radioterapia estereotáxica tuvo menos incontinencia y menos disfunción sexual informada que cirugía, pero más molestias intestinales. Desde la experiencia funcional del paciente, este artículo posibilita el contraste entre terapias, con indicios de que la modalidad terapéutica influye en la vida posterior al tratamiento. Su limitante es que trabaja principalmente con enfermedad localizada.

En radioterapia, no todas las técnicas tienen los mismos efectos, por lo cual es mejor no hacer generalizaciones demasiado grandes. Gesztesi y col. (2024) discute las disparidades entre la braquiterapia de alta tasa de dosis y la de baja, señalando que los resultados sexuales pueden diferir dependiendo de la técnica, especialmente en la función eréctil y otros desenlaces relacionados con la experiencia íntima. Aunque el deseo sexual no es la variable principal, el estudio sugiere que las alteraciones en la respuesta sexual pueden tener influencia en la motivación, la confianza y la disposición para el encuentro. Su contribución es en afinar las distinciones dentro de las técnicas de radioterapia. Su limitación es que el deseo sexual se presenta indirectamente.

La experiencia de las supervivientes también permite comprender que las secuelas sexuales no finalizan cuando el tratamiento lo hace. Venderbos et al. (2024) reportan los resultados informados por pacientes del estudio EUPROMS que los tratamientos activos tienen un efecto inmediato y prolongado en la función sexual, incluso a través de la supervivencia. Este resultado es importante porque el pensar que la disfunción sexual se resolvía espontáneamente con el tiempo había sido una creencia común. Nos ahoga a mostrar conscientemente y científicamente que la baja en el deseo puede ser parte de un camino largo de adaptación física, emocional y relacional. Su sesgo radica en la autoselección de los participantes en las encuestas relacionadas con la sexualidad.

Cuando se escucha la voz del paciente, las secuelas sexuales tienen una relevancia que muchas veces no se refleja en los indicadores clínicos habituales. Remmers et al. (2024)

revisan el empleo de resultados reportados por pacientes en cáncer de próstata y destacan que la prostatectomía radical se asocia comúnmente con un curso de deterioro urinario y sexual, mientras que la radioterapia tiene diferentes perfiles en cuanto a la función. Nos demuestra que a la baja en el deseo también debe leerse en clave subjetiva, porque no sólo se trata de función hormonal o mecánica, sino de confianza, satisfacción y sensación de pérdida. Su limitación son la heterogeneidad de los instrumentos y diseños incluidos.

La planificación técnica de la radioterapia puede también influir en los resultados sexuales posteriores. Guevelou et al. (2024) examinan la relación de la dosis recibida por las estructuras sexuales con la disfunción sexual, pasando así de una interpretación global sobre radioterapia a una centrada en decisiones dosimétricas que sobrepasan a consideración de preservación anatómica y planificación del tratamiento. Los resultados sugieren que ciertas dosis a estructuras relacionadas con la función sexual pueden estar asociadas con un mayor deterioro. Efectos sexuales de la radioterapia no son aleatorios, pero pueden estar relacionados con la forma en que el tratamiento se organiza técnicamente. Su límite es que prioriza la función eréctil y sitúa al deseo como un elemento complementario.

La categoría reproductiva también posibilita una lectura ampliada sobre la sexualidad durante el tratamiento. Kaltsas et al. (2025) discuten el impacto en la fertilidad y la función del tracto eyaculador, supresión hormonal, daño testicular y fragmentación de ADN espermático de la prostatectomía radical, la radioterapia, la terapia de privación androgénica y la quimioterapia. Si bien el componente central no es la libido, tales efectos pueden influir sobre la autoimagen, la masculinidad y el deseo de intimidad. Los tratamientos ya que repercuten no sólo en la función sexual inmediata, sino también en los proyectos de vida y en los significados personales ligados al cuerpo. Su limitación es que no hay un abordaje directo del deseo sexual.

Consecuencias psicológicas, relacionales y sociales asociadas con la disminución del deseo sexual

Además del tratamiento y las implicaciones físicas, el cáncer de próstata también afecta la vida emocional, familiar y social. Bekele et al. (2024) realizaron una meta-síntesis de 103 estudios cualitativos y observaron que los hombres expresan incertidumbre, miedo, ansiedad, vergüenza, alteraciones en la masculinidad y necesidad de apoyo durante el diagnóstico y el tratamiento. Aporta a 2 por mostrar que la falta de deseo sexual es parte de la reconfiguración de la identidad, del rol de pareja y de modalidades de relación. Sin embargo, se limita por la mezcla de contextos, lo que impide llegar a conclusiones que puedan aplicarse de manera

general.

Sin embargo, a pesar de que la disfunción sexual es muy prevalente entre los hombres, no todos la reportan. Charlick et al. (2024) revisaron 30 estudios y concluyeron que la vergüenza, la edad, el coste, las creencias sobre la masculinidad, el apoyo de la pareja y la comunicación con los profesionales son factores que influyen en la demanda de atención. La disminución del deseo puede permanecer oculta, no por ser poco importante, sino porque el paciente la considera inevitable o difícil de abordar. Su aportación al objetivo 2 es poner de manifiesto que el problema es también social e institucional. Su principal limitación es que pocos estudios utilizan instrumentos estandarizados para medir la búsqueda de ayuda.

En continuidad con lo anterior, la necesidad de apoyo sexual después del tratamiento no siempre encuentra una respuesta clara dentro del sistema de salud. Charlick et al. (2025) muestran que muchos pacientes viven estigma, resignación, incomodidad y falta de continuidad asistencial cuando intentan hablar sobre deseo, intimidad o cambios corporales. Este vacío entre la necesidad del paciente y la respuesta profesional puede convertir la disminución del deseo en una experiencia de aislamiento. El artículo aporta al objetivo 2 porque recupera la voz de los hombres afectados y demuestra que el bienestar sexual debe formar parte del cuidado integral. Su límite se encuentra en el enfoque cualitativo, que permite profundidad, pero no generalización estadística.

La disfunción sexual posterior al tratamiento también puede convertirse en una fuente de malestar emocional, incluso cuando el problema inicial parece estar centrado en la erección. Mainwaring et al. (2021) señalan que estas alteraciones pueden relacionarse con ansiedad, depresión, baja autoestima, pérdida de confianza, frustración y tensión de pareja. En este marco, la disminución del deseo puede aparecer como una forma de evitación frente al miedo al fracaso o al temor de decepcionar a la pareja. Su aporte al objetivo 2 está en explicar que el deseo no desaparece solo por causas físicas, sino también por efectos subjetivos vinculados con vergüenza, inseguridad y dolor emocional. Su límite es que analiza el deseo de manera indirecta.

La experiencia de las minorías sexuales y de género permite ampliar el análisis, porque no todos los pacientes viven la sexualidad desde los mismos códigos culturales ni enfrentan las mismas barreras de atención. Dickstein et al. (2023) muestran que estas poblaciones pueden experimentar disfunción eréctil, ausencia de eyaculación, cambios corporales y disminución del deseo, pero con una carga adicional de invisibilidad clínica. De hecho, muchos estudios ni

quiera registran orientación sexual o identidad de género, lo que limita la comprensión de estas vivencias. Este artículo aporta al objetivo 2 porque introduce una mirada inclusiva sobre las consecuencias psicológicas, relacionales y sociales.

La terapia hormonal no sólo transforma el cuerpo del paciente, sino que también la pareja puede transformar su intimidad. Cappuccio et al. (2024) muestran a partir de una perspectiva cualitativa, que la disminución del deseo sexual se asocia con cambios en la autoestima, comunicación, actividad sexual y cercanía emocional. Con el decrecimiento de la libido pueden instalarse silencios, distancia, miedo a molestar al otro y dificultad para forjarse nuevos modos para la intimidad. Su contribución al objetivo 2 es evidente ya que muestra que la pérdida del deseo tiene importantes consecuencias relacionales, y no sólo individuales. Su límite radica en el tamaño y la calidad de la muestra.

Rossi et al. (2025) señalan que el silencio clínico, estigma y desinformación dificultan que los pacientes puedan verbalizar necesidades relacionadas con deseo, cuerpo e intimidad. En el caso del cáncer de próstata esta situación puede ser aún más marcada, ya que los cambios en la sexualidad son experimentados como una pérdida de virilidad, un envejecimiento demasiado rápido o un colapso físico. El artículo contribuye al objetivo 2 al hacer posible concebir la salud sexual como parte del cuidado integral, y no como una cuestión periférica. Su limitación es que trata de manera global la sexualidad en la oncología y no sólo del cáncer de próstata.

Las expectativas culturales sobre la masculinidad también atraviesan la forma en que los hombres viven la pérdida del deseo. Phahlamohlaka et al. (2026) muestran que muchos pacientes reconocen afectaciones en su vida íntima, pero no siempre saben cómo nombrarlas ni a quién acudir. La disminución del deseo puede asociarse con pérdida de seguridad, miedo a decepcionar a la pareja y sensación de haber perdido una parte importante de la identidad masculina. Este estudio aporta al objetivo 2 porque muestra que el problema no se limita al cuerpo, sino que alcanza la forma en que el hombre se reconoce a sí mismo. Su límite corresponde al contexto específico de la muestra.

En la vida de pareja, el cáncer de próstata modifica no solo la sexualidad, sino también la comunicación, los roles de cuidado y las formas de acompañamiento. Yuan et al. (2026) evidencian que la disminución del deseo puede generar evitación, inseguridad, temor al rechazo o dificultad para hablar de expectativas sexuales. Con todo, algunas parejas logran reconstruir la cercanía mediante apoyo emocional, comunicación más abierta y cuidado mutuo. El aporte

de este artículo al objetivo 2 está en desplazar el análisis desde el paciente individual hacia la pareja como unidad afectiva. Su limitación radica en que, al ser un estudio cualitativo, sus resultados dependen del contexto y de las características de las parejas participantes.

La disfunción eréctil inducida por el tratamiento puede vivirse como una pérdida física y psicológica de masculinidad, especialmente en hombres mayores. Nkoana et al. (2026) muestran que el deterioro funcional puede arrastrar una disminución del deseo, porque el paciente comienza a evitar la intimidad ante la expectativa de fracaso o vergüenza. En ese proceso, la sexualidad deja de ser un espacio de encuentro y se convierte en un territorio cargado de ansiedad. Este artículo aporta al objetivo 2 porque ayuda a comprender cómo las alteraciones sexuales afectan el autoconcepto, identidad masculina y vínculos íntimos. Su límite está en que se concentra en hombres mayores, por lo que no representa todas las edades ni todas las experiencias.

La atención sexual antes y después del tratamiento requiere recomendaciones construidas desde la experiencia de quienes viven las secuelas. Beckmann et al. (2026) desarrollan propuestas mediante co-diseño, incorporando a personas afectadas, profesionales y actores vinculados al cuidado. Los resultados apuntan a mejorar la información previa, la comunicación clínica, la continuidad del apoyo y la derivación a servicios especializados. Este artículo aporta al objetivo 2 porque transforma la evidencia psicosocial en orientaciones prácticas para atender consecuencias que suelen quedar fragmentadas entre oncología, urología, psicología y salud sexual. Su limitación es que dichas recomendaciones todavía requieren implementación y evaluación en distintos contextos asistenciales.

Después de una prostatectomía radical, las necesidades sexuales no terminan con la cirugía, sino que pueden permanecer durante la recuperación. Zhu et al. (2026) muestran que muchos pacientes presentan dudas sobre deseo, función eréctil, confianza, comunicación con la pareja y momento adecuado para retomar la actividad sexual. Cuando esta información no llega de manera clara, la recuperación íntima puede vivir en soledad, con incertidumbre y vergüenza. El aporte de este estudio al objetivo 2 está en evidenciar que la disminución del deseo también puede estar relacionada con educación insuficiente, comunicación clínica débil y falta de seguimiento especializado. Su límite puede estar en el contexto cultural donde se realizó la investigación.

La rehabilitación sexual virtual aparece como una alternativa útil para pacientes que no siempre acceden con facilidad a servicios especializados. Matthew et al. (2025) comparan

atención virtual y presencial en sobrevivientes de cáncer de próstata, mostrando que la modalidad virtual puede ofrecer apoyo en educación, seguimiento y orientación frente a dificultades sexuales. Esta vía puede reducir barreras emocionales, geográficas o logísticas, especialmente cuando hablar de deseo, intimidad o frustración genera incomodidad. Su aporte al objetivo 2 está en proponer una respuesta concreta para las consecuencias psicológicas y relacionales de la disminución del deseo. Su limitación es el diseño retrospectivo, que no permite establecer causalidad con la misma fuerza que un ensayo clínico.

Las secuelas sexuales a largo plazo son comunes en la supervivencia y pueden afectar a la recuperación. Un enfoque mixto de Daniels et al. (2025) encuentra que los supervivientes tienen bajo deseo, disfunción eréctil, insatisfacción sexual y problemas para retomar la actividad sexual, sugiriendo que la supervivencia no siempre se traduce en bienestar sexual. Su contribución al objetivo 2 es combinar datos cuanti y cualitativos; y su limitación, incluir otros cánceres que requieren diferenciar resultados. Las disfunciones sexuales son síntomas a largo plazo y pueden tener un impacto en el bienestar psicológico. En un estudio de Arif et al. (2025) sobre disfunción sexual, bienestar emocional y adaptación en hombres con cáncer de próstata, encontraron asociación con ansiedad, depresión, insatisfacción y problemas de intimidad. Además, una de las dimensiones centrales a la hora de abordar la recuperación subjetiva ha sido la disminución de la libido, donde su aporte al objetivo 2 ha sido el de articular sexualidad y salud mental como dimensiones relacionadas, no disociadas. Su limitación es que no se trata de un metaanálisis, sino de una revisión narrativa

.

A continuación, se presenta una tabla con la revisión de la literatura registrada en la investigación y que se usó para el desarrollo de esta.

Tabla 1

Matriz revisión bibliográfica abreviada sobre las alteraciones en el deseo sexual en pacientes adultos con cáncer de próstata.

N°	Autor/año	Tít. abrev.	Diseño	Muestra	Tx/eje	Var.	Hallazgo	Aporte	Límite	Base
Bloque A. Hallazgos terapéuticos sobre disminución del deseo sexual										
1	Abu-Odah (2025)	PROMs PCa	Rev. sist.	PROMs	Medición	FS/DS	Escalas heterogéneas; sensibilidad variable	Ordena medición sexual	No mide Tx	JSM
2	Creidy (2025)	AS en ADT	Rev. narr.	≈3000 pac.	ADT	AS/DS	ADT reduce actividad sexual	Vincula ADT-libido	Sesgo selección	PMC
3	Corona (2021)	ADT-sexualidad	Revisión	Est. prev.	ADT	DS/DE	Testosterona baja; deseo disminuye	Explica mecanismo hormonal	Evidencia secundaria	PubMed
4	Daniels (2024)	RT-sexualidad	Longit.	Ghana	RT	DS/FS	54% percibe menor deseo	Incluye voz paciente	Contexto local	PMC
5	Kinnaird (2025)	SD posTx	Transv.	654 pac.	RP/RT/ADT	SD/DS	98% reporta problema sexual	Compara secuelas por Tx	Sin causalidad	PubMed
6	Al Awamlh (2024)	Función 10 años	Cohorte	2445 pac.	AS/RP/RT+ADT	FS	Efectos funcionales persisten	Aporta seguimiento largo	Confusión residual	JAMA/PMC
7	Ghaffar (2024)	Eyacuación RT	Rev./MA	17 est.	RT	FE	Aneyacuación; menor volumen	Amplía secuelas RT	Deseo indirecto	PubMed
8	Galvão (2025)	Ejercicio psicosexual	ECA	112 pac.	Interv.	FS/DS	Mejora función e intimidad	Propone soporte integral	Foco en DE	PMC
9	Onishi (2026)	ADT-braqui	Cohorte	Pac. ADT	ADT	FS/QoL	Función recupera lentamente	Aclara temporalidad hormonal	Libido no central	PubMed
10	Van As (2024)	PACE-A	ECA	Localizado	SBRT/RP	FS	SBRT reporta menor SD	Compara cirugía-radiación	Muestra selecta	PubMed
11	Gesztesi (2024)	HDR/LDR	Compar.	Pac. PCa	HDRBT/LDRBT	FS/DE	Secuelas varían por técnica	Evita generalizar RT	Libido indirecta	PMC
12	Venderbos (2024)	EUPROMS	Encuesta	Sobreviv.	Tx activos	FS/QoL	Impacto sexual persistente	Perspectiva PRO europea	Autoselección	PMC

13	Remmers (2024)	PROs PCa	Revisión	Est. PRO	RP/RT/AS	FS/QoL	RP: peor sexual/urinario	Ordena perfil funcional	Instrumentos variables	PMC
14	Le Guevelou (2024)	Dosis sexual RT	Rev. sist.	Est. RT	RT	DE/FS	Dosis sexual asocia DE	Explica daño dosimétrico	Centrado en DE	R&O
15	Kaltsas (2025)	Tx-fertilidad	Rev. narr.	Est. prev.	RP/RT/ADT	Fert./FE	Tx altera fertilidad	Relaciona cuerpo-identidad	Libido indirecta	MDPI
Bloque B. Consecuencias psicológicas, relacionales y sociales										
1	Bekele (2024)	Vivencias PCa	Meta-sínt.	103 est.	Vivencias	Psicosoc.	Incertidumbre; masculinidad afectada	Profundiza experiencia subjetiva	Heterogeneidad alta	PubMed
2	Charlick (2024)	Barreras ayuda	Scoping	30 est.	Ayuda sexual	Barreras	Vergüenza limita búsqueda apoyo	Explica silencio clínico	Pocas medidas	PubMed
3	Charlick (2025)	Soporte sexual	Cualit.	Entrev.	Apoyo	Bienestar	Estigma; apoyo discontinuo	Orienta rutas psicosexuales	Muestra específica	PMC
4	Mainwaring (2021)	ED psicosoc.	Revisión	Est. prev.	ED/PCa	Psicosoc.	ED afecta autoestima/pareja	Conecta deseo-malestar	DS indirecto	Frontiers
5	Dickstein (2023)	SGM-PCa	Revisión	Literatura	SGM	Salud sexual	SGM con necesidades invisibles	Integra enfoque inclusivo	Evidencia escasa	PubMed
6	Cappuccio (2024)	HT-intimidad	Cualit.	Pac./parejas	HT	Relacional	HT reduce deseo/intimidad	Vincula pareja-Tx	Muestra pequeña	PMC
7	Rossi (2025)	Oncosexología	Rev./pos.	Evid. oncol.	Oncología	Comun.	Salud sexual subestimada	Integra comunicación-deseo	No solo PCa	PMC
8	Phahlamohlaka (2026)	Soporte PCa	Cualit.	Hombres PCa	Soporte	Masc.	Vergüenza; necesidades no cubiertas	Explica identidad-relación	Contextual	SciDirect
9	Yuan (2026)	Parejas PCa	Cualit.	Parejas	Relación	Coping	Cambian roles y comunicación	Analiza unidad diádica	Alcance contextual	PMC
10	Nkoana (2026)	ED-masc.	Cualit.	Mayores	ED postTx	Masc.	ED vivida como pérdida	Explica autoconcepto sexual	Solo mayores	PMC
11	Beckmann	Co-diseño	Co-	Afectad	Soporte	Bienest	Recomendaciones	Convierte evidencia	Pendiente	T&F

	(2026)		diseño	os	ar	pre/post Tx	en guía	evaluar		
12	Zhu (2026)	Necesidade s RP	Cualit.	Pos-RP	Interacci ón	Necesid .	Persisten dudas sexuales	Detecta educación insuficiente	Contexto chino	PMC
13	Matthew (2025)	Rehab virtual	Cohorte ret.	Sobrevi v.	Rehab.	Apoyo	Virtual comparable a presencial	Reduce barreras de acceso	No aleatorio	PMC
14	Daniels (2025)	Sexualidad superviv.	Mixto	PCa/cér vix	Superviv.	DS/org.	Bajo deseo persiste	Visibiliza apoyo continuo	Incluye otros Ca	PMC
15	Arif (2025)	Impacto sexual	Rev. narr.	7146 part.	Trayect.	Psicol.	SD ligada a malestar	Sintetiza efectos prolongados	Sin metaanálisis	PMC

Nota. Terap.: modalidad terapéutica; Psicosoc.: consecuencias psicológicas, relacionales y sociales; RS: revisión sistemática; RN: revisión narrativa; R: revisión; RA: revisión de alcance; MA: metaanálisis; MS: metasíntesis; ECA: ensayo clínico aleatorizado; Coh.: cohorte; Transv.: transversal; Cual.: cualitativo; Comp.: comparativo; ADT: terapia de privación androgénica; RT: radioterapia; PR: prostatectomía radical; HT: hormonoterapia; BT: braquiterapia; HDR/LDR: alta/baja tasa de dosis; SBRT: radioterapia estereotáxica corporal; PROs/PROMs: resultados reportados por pacientes; DE: disfunción eréctil; Eval.: evaluación; Alt.: alteración; Compl.: complementario; Selec.: selección; Enf.: enfermedad; Recup.: recuperación; Recomend.: recomendaciones.

Conclusiones

A superposición de las secuelas relacionadas con el tratamiento para el cáncer de próstata indica que la medición de la supervivencia no debería seguir realizándose solo a través de los indicadores de control de bioquímica o de las tasas de mortalidad en bruto. La extirpación del tumor o la estabilización de su crecimiento metabólico son conquistas médicas defectuosas si el precio narrativo que debe pagar el paciente es la anulación absoluta de su dimensión erótica, relacional y social. La pérdida persistente de deseo y la desorganización de la respuesta corporal no son meros efectos secundarios tolerables, sino poderosos vectores de sufrimiento psicológico que destrozan la autoestima, tensan la relación de pareja e impulsan al hombre hacia dinámicas crónicas de estigmatización y aislamiento comunitario. Tratar al sobreviviente de una forma fragmentada, poniendo más atención al órgano que a la persona, es una violación a los principios más básicos de la bioética y la medicina contemporánea enfocada en el bienestar general del sujeto.

Y es que este nuevo modelo asistencial, humanizado y eficaz, tal y como hemos descrito, precisa eliminar de una vez por todas las barreras institucionales y de género que mantienen el tabú del silencio clínico en la consulta de uro-oncología. El Sistema Sanitario no puede permitirse no tener cribados psicosexuales universales, sistemáticos y no edadistas, ya que la salud erótica debe ser entendida como un derecho durante todo el ciclo vital. La educación sexual y el acompañamiento afectivo deben formar parte obligatoria y transversal de la prescripción médica desde la primera fase del diagnóstico. La inclusión de la pareja en el enfoque de intervención clínica es uno de los objetivos metodológicos que permiten prevenir el desgaste de la relación y convertir la crisis individual de la enfermedad en una experiencia de resiliencia y crecimiento afectivo compartido.

La rehabilitación psicosexual a posteriori de los tratamientos contra el cáncer solo será posible si existen redes interdisciplinarias que permitan que la urología, la oncología médica, la psicología y la sexología clínica se comuniquen y colaboren entre sí. Una deconstrucción de la masculinidad hegemónica rígida y una intimidad flexible, diversa y desgenitalizar serán las herramientas de afrontamiento cognitivo-conductual más eficaces para combatir la ansiedad de ejecución y contrarrestar el impacto de las secuelas corporales irreversibles. Solo el avance de la ciencia a través de la investigación y la formación de grupos de ayuda mutua

en los que primen las personas versadas en la materia puede garantizar que, a todos los niveles y de forma institucional, los hombres supervivientes de un cáncer de próstata no solo sigan vivos, sino que vivan de nuevo con todos sus derechos, con toda su dignidad y con todo su derecho a disfrutar y beneficiarse de su salud personal y privada.

Referencias

- Abu-Odah, H., Ho, K.-Y., Ng, C.-F., Wu, S., Lam, K.-K.-W., & Yorke, J. (2025). Patient-reported outcome measures (PROMs) used to assess sexual functioning in prostate cancer patients: A systematic review of psychometric properties. *The Journal of Sexual Medicine*. <https://europepmc.org/article/med/39972553>
- Barry, M. J., Fowler, F. J., O’Leary, M. P., et al. (1992). The American Urological Association Symptom Index for Benign Prostatic Hyperplasia. *The Journal of Urology*, 148, 1549–1557.
- Bekele, D., et al. (2024). Qualitative studies on men with prostate cancer: A systematic meta-synthesis. [Artículo en PMC]. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11703379/>
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., & Soerjomataram, I. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21834>
- Bisceglia, I., Morabito, F., Ferrari, G., Giovanardi, F., Pinto, C., Ceci, A., Neri, A., & Mangone, L. (2026). Sexual dysfunction after cancer: gender differences, tumor-specific patterns, and implications for sexual medicine practice. *Oncology Reviews*, 20, 1807376. <https://doi.org/10.3389/or.2026.1807376>
- Burbena, A., Berrios, G. E., & Fernández de Larrinoa, P. (2000). *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona: Masson.
- Charlick, M., Tiruye, T., Ettridge, K., O’Callaghan, M., Sara, S., Jay, A., & Beckmann, K. (2024). Prostate Cancer Related Sexual Dysfunction and Barriers to Help Seeking: A Scoping Review. *Psycho-Oncology*, 33(8), e9303. <https://doi.org/10.1002/pon.9303>
- Chien, C.-H., et al. (2023). Development and assessment of a self-management intervention for urinary incontinence after radical prostatectomy. [Artículo en PMC]. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10657576/>
- Corona, G., Filippi, S., Comelio, P., Bianchi, N., Frizza, F., Dicuio, M., Rastrelli, G., Concetti, S., Sforza, A., Vignozzi, L., & Maggi, M. (2021). Sexual function in men undergoing androgen deprivation therapy. *International Journal of Impotence Research*, 33(4), 439–447. <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00418-7>

- Creidy, L., Taussky, D., Pouliot, F., Saad, F., & Falkenbach, F. (2025). Sexual activity in men undergoing ADT for localized prostate cancer: A narrative literature review. *Asian Journal of Andrology*, 27(5), 581–585. <https://doi.org/10.4103/aja20253>
- Daniels, J., Baffoe-Krapim, L., Nyantakyi, A. Y., Ayabilah, E. A., Tackie, J. N. O., & Kyei, K. A. (2024). Perceptions of prostate cancer patients undergoing definitive radiotherapy on the impact of prostate cancer and radiation therapy on male sexuality. *ecancermedicalsecience*, 18, 1726. <https://ecancer.org/en/journal/article/1726-perceptions-of-prostate-cancer-patients-undergoing-definitive-radiotherapy-on-the-impact-of-prostate-cancer-and-radiation-therapy-on-male-sexuality/pdf>
- Derby, C. A., Araujo, A. B., Johannes, C. B., Feldman, H. A., & McKinlay, J. B. (2000). Measurement of erectile dysfunction in population-based studies: The use of a single question self-assessment in the Massachusetts Male Aging Study. *International Journal of Impotence Research*, 12(4), 197–204.
- Dickstein, D. R., Edwards, C. R., Lehrer, E. J., Tarras, E. S., Gallitto, M., Sfakianos, J., Galsky, M. D., Stock, R., Safer, J. D., Rosser, B. R. S., & Marshall, D. C. (2023). Sexual health and treatment-related sexual dysfunction in sexual and gender minorities with prostate cancer. *Nature Reviews Urology*, 20(6), 332–355. <https://doi.org/10.1038/s41585-023-00778-3>
- Dula, E., Keating, W., Siami, P. F., Edmonds, A., O'neil, J., & Butler, S. (2000). Efficacy and safety of fixed-dose and dose-optimization regimens of sublingual apomorphine versus placebo in men with erectile dysfunction. *Urology*, 56(1), 130–135. European Association of Urology. (2025). EAU Guidelines on Prostate Cancer. <https://uroweb.org/guidelines/prostate-cancer>
- European Association of Urology. (2025). EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health: Management of erectile dysfunction. <https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health/chapter/management-of-erectile-dysfunction>
- Fan, Y.-H., Liou, Y.-J., & Cheng, W.-M. (2022). Type D Personality Independently Predicts Erectile Dysfunction in Taiwanese Young Men. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(9), 1397–1403. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.06.012>
- Fraiman, M. C., Lepor, H., & McCullough, A. R. (1999). Changes in Penile Morphometrics in Men with Erectile Dysfunction after Nerve-Sparing Radical Retropubic

- Prostatectomy. *Molecular Urology*, 3(2), 109–115.
- Ghaffar, U., et al. (2024). Ejaculatory function after radiotherapy for prostate cancer: A systematic review and meta-analysis. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39277705/>
- Gudenkauf, L. (2024). Balancing Hormone Therapy: Mitigating Adverse Effects of Androgen-Deprivation Therapy and Exploring Alternatives in Prostate Cancer Management. ASCO Educational Book. https://ascopubs.org/doi/10.1200/EDBK_433126
- Hong, E. K., Lepor, H., & McCullough, A. R. (1999). Time dependent patient satisfaction with sildenafil for erectile dysfunction (ED) after nerve-sparing radical retropubic prostatectomy (RRP). *International Journal of Impotence Research*, 11(Suppl 1), S15–S22.
- Hussein, B., Wallis, C. J. D., Penson, D. F., Huang, L.-C., Zhao, Z., Conwill, R., Talwar, R., Morgans, A. K., Goodman, M., Hamilton, A. S., Wu, X.-C., Paddock, L. E., Stroup, A., O’Neil, B. B., Koyama, T., Hoffman, K. E., & Barocas, D. A. (2024). Functional Outcomes After Localized Prostate Cancer Treatment. *JAMA*, 331(4), 302. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.26491>
- International Agency for Research on Cancer. (2022). GLOBOCAN 2022: Prostate cancer fact sheet. Global Cancer Observatory. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/27-prostate-fact-sheet.pdf>
- International Agency for Research on Cancer. (2024). GLOBOCAN 2022: Ecuador fact sheet. Global Cancer Observatory. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/218-ecuador-fact-sheet.pdf>
- Kaltsas, A., et al. (2025). Prostate cancer treatments and their effects on male fertility/sexual function: Mechanisms and mitigation strategies. *Journal of Personalized Medicine*, 15(8), 360. <https://www.mdpi.com/2075-4426/15/8/360>
- Kerr, L., Fisher, C. M., & Jones, T. (2021). “I’m Not From Another Planet”: The Alienating Cancer Care Experiences of Trans and Gender-Diverse People. *Cancer Nursing*, 44(6), E438. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000857>
- Kesch, C., et al. (2021). Radical prostatectomy: Sequelae in the course of time. *Frontiers*

- in Surgery, 8, 684088.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsurg.2021.684088/full>
- Kinnaird, W., & Stewart-Lord, A. (2020). A qualitative study exploring men's experience of sexual dysfunction as a result of radiotherapy and androgen deprivation therapy to treat prostate cancer. *Radiography*, 21(1), S16.
<https://doi.org/10.1016/j.radi.2019.11.039>
- Kinnaird, W., Schartau, P., Kirby, M., Jenkins, V., Allen, S., & Payne, H. (2025). Sexual Dysfunction in Prostate Cancer Patients According to Disease Stage and Treatment Modality. *Clinical Oncology (Royal College of Radiologists (Great Britain))*, 41, 103801. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2025.103801>
- Krupski, T., Petroni, G. R., Bissonette, E. A., & Theodorescu, D. (2000). Quality-of-life comparison of radical prostatectomy and interstitial brachytherapy in the treatment of clinically localized prostate cancer. *Urology*, 55(5), 736–742.
- Laukhtina, E., Pradere, B., Mori, K., Schuettfort, V. M., Quhal, F., Mostafaei, H., Sari Motlangh, R., Katayama, S., Grossmann, N. C., Moschini, M., Enikeev, D., & Shariat, S. F. (2021). Catalog of prognostic tissue-based biomarkers in patients treated with neoadjuvant systemic therapy for urothelial carcinoma of the bladder: A systematic review. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 39(3), 180–190. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2020.12.019>
- Letts, C., Tamlyn, K., & Byers, E. S. (2021). Exploring the impact of prostate cancer on men's sexual well-being. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(5), 490–510.
<https://doi.org/10.1080/07347332.2010.498457>
- Loori, D. J. D., & Roshi, D. (2022). Ordinary understanding is seeing with the eye and hearing with the ear. Intimacy is seeing with the ear and hearing with the eye.
- Mainwaring, J. M., Walker, L. M., Robinson, J. W., Wassersug, R. J., & Wibowo, E. (2021). The Psychosocial Consequences of Prostate Cancer Treatments on Body Image, Sexuality, and Relationships. *Frontiers in Psychology*, 12.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.765315>
- Maree, L., van Rensburg, J. J., & Sickinga, T. (2022). Health-related Quality of Life of Men on Hormonal Therapy for Prostate Cancer. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 24(1), 17 pages–17 pages. <https://doi.org/10.25159/2520-5293/10597>
- National Cancer Institute. (2024, October 4). Hormone therapy for prostate cancer fact

- sheet. <https://www.cancer.gov/types/prostate/prostate-hormone-therapy-fact-sheet>
- National Cancer Institute. (n.d.). Definition of prostate cancer. NCI Dictionary of Cancer Terms. <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/prostate-cancer>
- O'Donnell, A. B., Araujo, A. B., Goldstein, I., & McKinlay, J. B. (2005). The validity of a single-question self-report of erectile dysfunction. *Urology*, 66(3), 614–618. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15987326/>
- O'Leary, M. P. (2001). Quality of life and sexuality: Methodological aspects. *European Urology*, 40(Suppl 3), 13–18. Review. Organización Mundial de la Salud. (s. f.). Defining sexual health. <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>
- O'Leary, M. P., Fowler, F. J., Lenderking, W. R., et al. (1995). A brief male sexual function inventory for urology. *Urology*, 46, 697–706.
- Reiss, A., Gulkarov, S., & Pinkhasov, A. (2024). Androgen Deprivation Therapy for Prostate Cancer: Focus on Cognitive Function and Mood. *Medicina*, 60(1), 77. <https://www.mdpi.com/1648-9144/60/1/77>
- Rinedahl, J. A. (2022). Quality of Life After a Prostatectomy in Men who Have Sex with Men. Rosen, R. C. (1998). Sexual function assessment in the male: Physiological and self-report measures. *International Journal of Impotence Research*, 10(Suppl 2), S59–S63. Review.
- Rio, C. J., Goto, T., Hsiao, C.-P., Ross, A. L. R., & Saligan, L. N. (2023). Family Wellbeing and Sexual Health of Patients Receiving Treatment for Prostate Cancer. *Cancer Management and Research*, 15, 1197–1206. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S421951>
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822–830. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9187685/>
- Rossi, A., Leone, A. G., Lambertini, M., Sperti, E., Cassani, C., Vetromile, A., Barni, S., De Giorgi, A., Preti, E. P., Secondino, S., Silvestris, N., Berardi, R., Brunello, A., Curigliano, G., La Verde, N., Latiano, T. P., Pietrantonio, F., Tiseo, M., Di Maio, M., ... Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM). (2025). Sexual health in

- cancer care: A narrative review and position statement from the Italian Association of Medical Oncology (AIOM). *ESMO Open*, 10(6), 105311. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2025.105311>
- Rush, A. J., Pincus, H. A., First, M. B., Blacker, D., Endicott, J., Keith, S. J., Phillips, K. A., Ryan, N. D., Smith, G. R., Tsuang, M. T., Widiger, J. A., & Zarin, D. A. (Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures). (2000). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association. SEER. (2025). Cancer stat facts: Prostate cancer. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html>
- Sheppard, S., et al. (2024). Care for sexual health in oncology: Survey of discussions and consent for sexual side effects. *European Journal of Cancer*. <https://eprints.soton.ac.uk/494813/1/1-s2.0-S1462388924001674-main.pdf>
- Shiota, M., Takamatsu, D., Kimura, T., Tashiro, K., Matsui, Y., Tomida, R., Saito, R., Tsutsumi, M., Yokomizo, A., Yamamoto, Y., Edamura, K., Miyake, M., Morizane, S., Yoshino, T., Matsukawa, A., Narita, S., Matsumoto, R., Kasahara, T., Hashimoto, K., ... Japanese Urological Oncology Group. (2022). Radiotherapy plus androgen deprivation therapy for prostate-specific antigen persistence in lymph node-positive prostate cancer. *Cancer Science*, 113(7), 2386–2396. <https://doi.org/10.1111/cas.15383>
- Suzuki, S. (2021). Mutation of the β -domain in POU1F1 causes pituitary deficiency due to dominant PIT-1 β expression. *European Journal of Endocrinology*. <https://academic.oup.com/ejendo/article-abstract/185/1/1/6654390>
- Talvitie, A.-M., Ojala, H., Tammela, T., & Pietilä, I. (2024). Prostate cancer-related sexual dysfunction—The significance of social relations in men’s reconstructions of masculinity. *Culture, Health & Sexuality*, 26(6), 763–777. <https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2250410>
- Tiruye, T., Charlick, M., & Ettridge, K. (2025). Use of erectile dysfunction treatments after prostate cancer treatment and their perceived impact on men’s sex life: An analysis of patient reported outcome survey data. *BMC Urology*. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12894-025-01702-0>
- Tsao, P. A., Ross, R. D., Bohnert, A. S. B., Mukherjee, B., & Caram, M. E. V. (2022). Depression, Anxiety, and Patterns of Mental Health Care Among Men With Prostate Cancer Receiving Androgen Deprivation Therapy. *The Oncologist*, 27(4),

- 314–322. <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyab033>
- Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2022). Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer. *Cancer Nursing*, 35(6), 456–465. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3182395401>
- Viljoen, B., & Rn, B. (2023). SUPPORTIVE CARE NEEDS OF MEN WITH ADVANCED PROSTATE CANCER ENROLLED IN A CLINICAL TRIAL.
- Wang, T., et al. (2021). Men's experiences of sex and intimacy after prostate cancer treatment: A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. [Artículo en PMC]. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8635323/>
- Watson, E., Wilding, S., Matheson, L., Brett, J., McCaughan, E., Downing, A., Wright, P., Cross, W., Selby, P., Butcher, H., Glaser, A., Gavin, A., & Wagland, R. (2021). Experiences of Support for Sexual Dysfunction in Men With Prostate Cancer: Findings From a U.K.-Wide Mixed Methods Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(3), 515–525. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.12.017>
- Wittmann, D., Mehta, A., McCaughan, E., Faraday, M., Duby, A., Matthew, A., Incrocci, L., Burnett, A., Nelson, C. J., Elliott, S., Koontz, B. F., Bober, S. L., McLeod, D., Capogrosso, P., Yap, T., Higano, C., Loeb, S., Capellari, E., Glodé, M., ... Mulhall, J. P. (2022). Guidelines for Sexual Health Care for Prostate Cancer Patients: Recommendations of an International Panel. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(11), 1655–1669. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.08.197>
- Yang, G., Xiong, Y., Wang, Z., Wang, J., Chen, Y., & Zhang, H. (2024). Cancers and erectile dysfunction: a Mendelian randomization study. *Frontiers in Endocrinology*, 15, 1417830. <https://doi.org/10.3389/fendo.2024.1417830>
- Zhang, H., Liu, Z., Ye, Y., Long, X., Yu, T., Zhang, Y., Dai, Z., Du, J., & Chen, L. (2025). Experience of sexual relationship of patients after radical prostatectomy: a qualitative study. *Frontiers in Psychology*, 16, 1516544. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1516544>
- Zhang, X., Pan, J., Xu, R., Fu, Y., & Lv, B. (2024). Erectile dysfunction associated with prostate cancer treatment and therapeutic advances: A narrative review. *Translational Andrology and Urology*, 13(11), 2625–2643. <https://doi.org/10.21037/tau-24-514>

María de los Ángeles Lata Pinos portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0105761787**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Alteraciones en el deseo sexual en pacientes adultos con cáncer de próstata.”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **24 de julio de 2026**

F: 

María De Los Ángeles Lata Pinos

C.I. 0105761787