

# Fenómeno *sexless marriage*, câncer de próstata y bioética

Bruno Vilalva Mestrinho<sup>1</sup>, Vitória Marra da Motta Vilalva Mestrinho<sup>2</sup>, Renata Verna Leal de Oliveira<sup>3</sup>

1. Universidade do Porto, Porto, Portugal. 2. Universidade Católica de Brasília, Brasília/DF, Brasil. 3. Centro Universitário Unieuro, Brasília/DF, Brasil.

## Resumen

El término *sexless marriage* se refiere a la falta de actividad o intimidad sexual en una unión conyugal durante un año. El tratamiento del cáncer de próstata puede provocar este fenómeno, llevando a una realidad en la que la falta de actividad sexual afecta la relación conyugal. El objetivo de esta revisión de la literatura es investigar el impacto de la enfermedad en la relación y redefinir el papel de este vínculo con nuevas estrategias para que la relación sexual no se limite a lo genital. Se consultaron las bases de datos PubMed, SciELO y Google Scholar, y sitios web de amplia circulación, mediante los descriptores *prostate cancer*, *relationship intimacy*, *partner*, *sexless marriage* y *treatment*. Se nota la dependencia del paciente con relación a su pareja, lo que afecta su autoestima, mientras ella se siente responsable del éxito del tratamiento y carga con las angustias impuestas por la enfermedad. Acoger a la compañera es una oportunidad para incluir una enfermedad con múltiples repercusiones en un debate actual y ético.

**Palabras clave:** Conducta sexual. Acogimiento. Bioética. Equidad. Neoplasias de la próstata.

## Resumo

### Fenómeno *sexless marriage*, câncer de próstata e bioética

O termo *sexless marriage* refere-se à falta de atividade ou intimidade sexual em uma união conjugal por um ano. O tratamento de câncer de próstata pode ocasionar esse fenômeno, acarretando uma realidade na qual a falta de atividade sexual afeta o relacionamento conjugal. O objetivo desta revisão de literatura é investigar o impacto da doença na relação e redefinir o papel dessa parceria com novas estratégias para que a relação sexual não se restrinja ao genital. Consultaram-se as bases PubMed, SciELO e Google Scholar e sites de grande circulação, por meio dos descritores *prostate cancer*, *relationship intimacy*, *partner*, *sexless marriage* e *treatment*. Nota-se dependência do paciente em relação à parceira, afetando a autoestima dele, enquanto ela se sente responsável pelo sucesso do tratamento e carrega as angústias impostas pela doença. Acolher a parceira é oportunidade de incluir uma doença de múltiplos desdobramentos em um debate atual e ético.

**Palavras-chave:** Comportamento sexual. Acolhimento. Bioética. Equidade. Neoplasias da próstata.

## Abstract

### Sexless marriage phenomenon, prostate cancer, and bioethics

The term *sexless marriage* refers to the lack of sexual activity or intimacy in a marital union for one year. Prostate cancer treatment can cause this phenomenon, leading to a reality in which the lack of sexual activity affects marriage. The objective of this literature review is to investigate the impact of the disease on the relationship and redefine the role of this partnership with new strategies, so that sexual relations are not restricted to the genitals. The PubMed, SciELO, and Google Scholar databases were consulted, as well as widely circulated websites, using the descriptors *prostate cancer*, *relationship intimacy*, *partner*, *sexless marriage*, and *treatment*. The patient's dependence on his partner is noticeable, affecting his self-esteem, whereas she feels responsible for the success of the therapy and bears the anguish imposed by the disease. Welcoming the partner is an opportunity to include a disease with multiple consequences in a current and ethical debate.

**Keywords:** Sexual behavior. User embracement. Bioethics. Equity. Prostatic neoplasms.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Desde su génesis, la bioética ha investigado todas las condiciones necesarias para la gestión responsable de la vida humana. Asimismo, se formula la perspectiva de que la vida humana es más importante que la ciencia. Por lo tanto, este ámbito, por su importancia, termina por asumir una triple función: a) describir y analizar los conflictos; b) proscribir las conductas consideradas reprobables y prescribir las consideradas correctas; c) proteger a todos los involucrados en alguna cuestión y priorizar, cuando sea necesario, “al más débil”<sup>1</sup>.

Estos supuestos, sobre todo el último, están relacionados con el objeto de este artículo: el estudio de la perspectiva de la compañera en el fenómeno denominado *sexless marriage* (matrimonio sin sexo) durante el tratamiento del cáncer de próstata de la pareja. Se trata de un término de la literatura médica de Estados Unidos que designa un matrimonio en el que las relaciones sexuales se producen menos de diez veces al año, por una razón conocida o no.

En 1992, la US National Health and Social Life Survey<sup>2</sup> informó que el 2% de los encuestados casados de 18 a 59 años no había tenido intimidad sexual en el último año y, comparativamente, entre los de 65 a 80 años, el 92% no la había tenido. Entre las causas para ello, figuran: el agotamiento, la vida estresada y apremiante; el posoperatorio de cirugía pélvica; traumatismos pélvicos y genitales; incapacidad para alcanzar el orgasmo; vaginismo; efectos secundarios de medicamentos; adicción a drogas; embarazo; enfermedades agudas o crónicas; patologías endocrinas; principios religiosos; transmisión de enfermedad venérea; miedo a un embarazo; miedo a tener herederos; pérdida de interés en la convivencia estrecha; matrimonio de conveniencia; y, finalmente, tener cáncer<sup>2</sup>.

En oncología, en especial en los casos de cáncer de mama y tumores genitourinarios, incluido el de próstata, el concepto *sexless marriage* es bien conocido, una vez que el fenómeno causa sufrimiento familiar, ya sea debido a los cambios físicos y psicológicos, ya sea debido al cambio abrupto de planes y de estilo de vida, lo que se traduce en pérdida de placer y en desesperanza<sup>3</sup>.

Aún en este contexto de oncología y sexualidad femenina, existen mitos sexuales erróneos, como: 1) el cáncer genital puede transmitirse a otra persona a través de las relaciones sexuales; 2) solo las

mujeres jóvenes quieren tener relaciones sexuales; 3) tras la aparición de cáncer de mama o de cuello uterino, ya no se pueden tener relaciones sexuales; 4) la pérdida de la mama o del útero decreta el fin de la vida sexual femenina; 5) la mama está asociada con la fertilidad; 6) las mujeres con un estoma urinario o fecal ya no tienen intimidad con su pareja<sup>4</sup>. Todo esto dificulta que las mujeres llamadas experimentadas ejerzan libremente su sexualidad.

Para Simone de Beauvoir<sup>5</sup>, “nadie nace mujer, sino que se hace mujer”, porque la forma que asumen las mujeres en la sociedad es elaborada por la civilización, y lo femenino es un producto intermedio entre lo masculino y lo castrado. Actualmente, debido a la exposición mediática, la belleza y la sexualidad son vistas como sinónimos de juventud, un valor que buscar en cualquier etapa de la vida.

Así, la vejez se asocia a la degeneración del cuerpo, y las mujeres buscan borrar los signos del tiempo, deseando cuerpos con apariencia cada vez más joven. De esta manera, para Beauvoir<sup>6</sup>, la mujer anciana pierde su lugar en la sociedad, convirtiéndose en un monstruo que despierta repulsión y miedo.

Serrão<sup>7</sup> señala que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad comprende la necesidad de contacto, ternura, intimidad, sentimientos, conductas y afectos. Es una necesidad humana que se relaciona con otros aspectos de la vida, que va más allá del acto sexual en sí. También es una forma de que las personas perciban su identidad, ya que la intimidad y la proximidad dan sentido a la vida de los individuos y al establecimiento de vínculos de seguridad.

La sexualidad influye en los pensamientos, el erotismo, los intercambios e impregna la salud física y mental de los involucrados. La medicina hipocrática ha mantenido este tema de la sexualidad distante de su preocupación hasta mediados del siglo XIX, ya que la actividad estaba controlada por autoridades religiosas, morales, políticas y legales, de manera que los médicos solo actuaban en cuestiones secundarias, como las infecciones de transmisión sexual y en el parto. En el siglo XX se produjeron avances en el psicoanálisis y en el campo de las ciencias del comportamiento, seguidos, en el período posterior a la Segunda Guerra Mundial, por el avance de la sexología masculina y femenina.

Hoy en día, en los conflictos bioéticos relativos a la sexualidad, se habla mucho de forma abierta de la violencia sexual y obstétrica, de la anticoncepción, de las personas con VIH, de la población LGBTQIA+ y de la reasignación sexual, sin embargo, la producción científica para el universo de los ancianos, especialmente en lo que respecta al público femenino, es mínima. Según Foucault<sup>8</sup>, en el siglo XX, las mujeres aún estaban fuertemente sometidas a un “régimen victoriano”, en el que la sexualidad era reprimida, contenida, muda e hipócrita.

Las mujeres ancianas sufren con los cambios en la sexualidad en su nuevo ciclo vital, una vez que han experimentado durante mucho tiempo las relaciones de poder vigentes en las últimas décadas. En este contexto, la conducta femenina fue domesticada bajo un modelo patriarcal a lo largo de toda la vida, en el que se enfrentaban a desigualdades sexuales, sociales, familiares y laborales<sup>9</sup>.

Los sobrevivientes de cáncer de próstata y sus compañeras deben ser informados sobre el antes y el después del tratamiento y sus efectos secundarios para sopesar los riesgos y beneficios. Esto supondrá un ajuste real para controlar las expectativas futuras y brindar apoyo psicosocial a la pareja<sup>10</sup>.

Esta revisión se centra precisamente en la importancia de que la pareja reconozca su papel activo de protección cuando aparezcan las limitaciones sexuales impuestas por el tratamiento. De esa manera, el objetivo de este artículo es investigar el impacto de la enfermedad en la relación conyugal, sobre todo en el ámbito sexual, y redefinir el papel de la compañera con nuevas estrategias para que las relaciones sexuales no se restrinjan a lo genital.

### Acerca del cáncer de próstata

Según el Instituto Nacional del Cáncer, el cáncer de próstata es la segunda neoplasia más común en los hombres, con más de 71.000 nuevos casos estimados al año, solo superado por el cáncer de piel<sup>11</sup>. Cabe resaltar que el cáncer de próstata no tiene causa prevenible, presenta una tasa de curación superior al 95% cuando se diagnostica tempranamente y es una enfermedad

principalmente de la tercera edad, aunque puede afectar a pacientes más jóvenes.

La mayoría de las veces, la compañera también es anciana, con problemas de menopausia, como disminución del deseo sexual, sequedad vaginal, dispareunia, incontinencia urinaria y fecal y comorbilidades que reducen el deseo y el acto sexual en sí. Además, desde una perspectiva occidental, la mujer anciana es estigmatizada como un ser asexual, sin anhelos, deseos, sentimientos, fantasías o expectativas<sup>7</sup>.

El cáncer de próstata se investiga mediante la historia clínica, examen digital del recto, la medición del antígeno prostático específico (PSA) y, recientemente, mediante resonancia de la próstata. Estas pruebas indican la necesidad de realizar una biopsia de próstata para confirmar el diagnóstico de neoplasia maligna, que, según criterios clínico-laboratorios y de imagen, se clasifica en localizada (inicial), localmente avanzada (intermedia) y avanzada (metastásica).

Todas estas categorías tienen tratamiento, que puede ser curativo o paliativo, de forma exclusiva o conjunta: prostatectomía radical, radioterapia pélvica, crioterapia, braquiterapia, deprivación hormonal farmacológica, orquiectomía bilateral, inmunoterapia, uso de radiofármacos, *watchful waiting* o vigilancia activa. Estas dos últimas modalidades consisten en un seguimiento del caso, sin tratamiento. Toda la terapia es realizada por urólogos, radiólogos, radioterapeutas, oncólogos, médicos nucleares, médicos paliativistas y de la familia, patólogos, anestesistas, psiquiatras, geriatras, psicólogos, sexólogos, fisioterapeutas y enfermeros.

En los casos iniciales e intermedios, el tratamiento más utilizado es la prostatectomía radical. Se trata de una técnica de extirpación del tumor, con el objetivo de preservar el haz neurovascular en el que se insertan los nervios erigentes, directamente responsables del mecanismo de erección del pene. A pesar del esfuerzo actual por realizar cirugía robótica, la literatura reporta que aún existe una elevada tasa de disfunción eréctil total o parcial inmediatamente después del procedimiento, aunque hay cierta recuperación de la función eréctil entre 6 y 12 meses después de la cirugía.

Incluso trabajando muy cerca de la próstata y de sus envolturas, para evitar daños a los nervios, la disfunción eréctil se produce hasta en un 63% de

los hombres sometidos al proceso de extracción de la próstata por el robot, según datos de Basourakos y colaboradores<sup>12</sup>. Esta tasa varía según los criterios de diagnóstico, la extensión de la enfermedad, la anatomía del paciente, la experiencia del cirujano, la función eréctil previa al procedimiento y las comorbilidades/medicaciones del paciente.

Otras complicaciones graves del tratamiento quirúrgico son incontinencia urinaria, estenosis uretral, fístulas urinarias, acortamiento del pene, pérdida de la sensibilidad peneana y de la temperatura del glande, climaturia, aneyaculación y tortuosidad peneana. Sin embargo, se resalta que dichas complicaciones pueden tratarse, aunque sea de forma parcial o transitoria.

Aun en el aspecto curativo, la radioterapia, un procedimiento que consiste en irradiación dirigida a las células tumorales para matarlas, aplicada durante un período de seis meses a dos años, puede provocar disfunción eréctil a medio y largo plazo.

En casos avanzados, con bloqueo hormonal de la testosterona, se produce pérdida del deseo sexual y, en última instancia, del mecanismo excitador y de rigidez peneana, debido al cuadro de hipogonadismo, con dosis bajas de testosterona. Otros efectos adversos son el aumento de peso, cambios en la libido y en el comportamiento, ginecomastia y distribución de la grasa según un estándar femenino en todo el cuerpo. Todo esto también desmotiva a la compañera, con graves consecuencias de desesperanza ante lo que la vida le ofrece<sup>13</sup>.

En este contexto disruptivo, surge la cuestión de la compañera, del compañero o de las múltiples parejas, dependiendo de las disposiciones y de las amplitudes familiares y sexuales. Como base, podemos partir de los datos presentados por Worthington<sup>14</sup>, que demuestran que solo en Estados Unidos, más de 3 millones de hombres han sobrevivido al cáncer de próstata y, en consecuencia, sufren los efectos del tratamiento. A esto se suma la estimación de que el 73% de estos hombres de entre 65 y 80 años están casados o tienen pareja(s)<sup>14</sup>.

Con la expectativa de una cura para el cáncer de próstata, el paciente con disfunción eréctil o incontinencia urinaria necesita contar mucho más con el apoyo y la comprensión de su pareja. Ferreira<sup>15</sup> revela que el 60% de los hombres que acuden a

su primera consulta de evaluación de próstata son traídos por terceros y que la mayor incentivadora en llevar y acompañar los resultados es la mujer (hijas, hermanas, esposas y parejas). En la simbología anecdótica machista del “toque de próstata”, este miedo a ser invadido comienza con el examen digital rectal y con la biopsia de próstata, continúa con la comunicación de las malas noticias sobre el diagnóstico de cáncer de próstata y persiste en las elecciones y secuelas del tratamiento, una verdadera jornada oncológica.

Hoy en día existen cuestionarios que tienen como objetivo investigar los aspectos sexuales de las mujeres y podrían explorarse en esta materia. El más conocido es el Female Sexual Function Index (FSFI), instrumento de aplicación en investigaciones de campo que evalúa la fuerza de cada dominio de la respuesta sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) y convierte la subjetividad de la intimidad conyugal en datos objetivos, cuantificables y analizables, con validación en Brasil<sup>16</sup>.

El develamiento de la discusión sobre el placer sexual de la mujer contempla su satisfacción sexual, relacionándola así con los principios de la bioética de la autonomía y la justicia. La sexualidad, según la Organización Mundial de la Salud, es uno de los aspectos de la calidad de vida, lo que la hace fundamental en muchos ámbitos, como en la existencia humana<sup>7</sup>. En el *Estudo da vida sexual do brasileiro*, Abdo<sup>17</sup> afirma que las mujeres participantes consideran que el sexo es importante/muy importante para la armonía sexual y que se sienten cómodas hablando de sexo, sin restricciones.

En la mente de la pareja, existe la expectativa de curar el cáncer sin los daños causados por el tratamiento, como la disfunción eréctil y la incontinencia urinaria, lo que sería la “trifecta”: curar al paciente, mantener la función eréctil y mantener la función urinaria<sup>18</sup>. De hecho, las complicaciones son mal aclaradas por el cirujano a la pareja en el periodo previo a la cirugía, lo que genera insatisfacción y arrepentimiento posteriores.

El tratamiento de la disfunción eréctil consiste en fármacos erectogénicos, inyección de prostaglandinas en el pene e implantación de una prótesis peneana. Sin embargo, estos tratamientos perjudican parcialmente el placer de las relaciones sexuales logrado durante años o décadas,

caracterizando una sexualidad “biónica o artificial”, según los pacientes<sup>19</sup>.

A partir de entonces, la esposa o pareja se convierte en compañera de la enfermedad y de la dolencia, y ya no en el objeto sexual. Los cambios en la sexualidad después del cáncer se asocian con el autocastigo, el rechazo, la tristeza, la ira, la falta de deseo sexual y la falta de comunicación<sup>20</sup>.

## Método

Se trata de una revisión integradora de la literatura realizada mediante búsquedas en las fuentes siguientes: PubMed, SciELO, plataforma de búsqueda de Google Scholar y sitios web de gran circulación, que abarca el período del 2000 al 2023. Se utilizaron los siguientes descriptores en la búsqueda: *prostate cancer, relationship intimacy, partner, sexless marriage* y *traten*.

Se incluyeron textos completos en portugués, español o inglés centrados en la investigación del fenómeno *sexless marriage* en el contexto del cáncer de próstata y relación conyugal. Los criterios de exclusión fueron presentar poca o ninguna información relevante o relacionada con el tema, o no brindar soporte adicional a los demás datos seleccionados. Entre los 100 estudios seleccionados, 34 cumplieron con los criterios de inclusión, y un artículo fue de América Central. No se seleccionó ningún estudio brasileño.

## Resultados y discusión

Guercio y Mehta<sup>21</sup> suscitan el debate sobre la percepción y la satisfacción de la compañera tras la prostatectomía radical. Cuando se trata del paciente operado, se observa que el apoyo de la pareja mejora la función sexual y la satisfacción de la pareja. También constatan una falta de la figura femenina en los estudios sobre el cáncer de próstata y que la disfunción eréctil puede provocar frustración, ansiedad y depresión, culminando en la separación.

Boehmer y Babayan<sup>22</sup> abordan el mismo tema, pero a partir de un estudio de caso. Los autores investigaron la satisfacción sexual de la compañera en 21 casos en los que se había diagnosticado cáncer de próstata, pero antes de iniciar

el tratamiento. De estos 21 casos, se escuchó a 13 parejas por separado en entrevistas semiestructuradas con sus parejas sobre las amenazas de la disfunción eréctil.

Las mujeres respondieron a las preguntas sobre la disfunción eréctil, enfatizando otras dimensiones de la relación y también demostraron preocupación por la salud de su pareja. Esto demuestra que comprenden la relación intrínseca que se construye entre la identidad masculina y la potencia sexual, una vez que *según el modelo hegemónico de masculinidad, el hombre es criado desde la infancia (...) para ser el agente o el “penetrador”*<sup>23</sup>.

En esa misma línea, el estudio de Palacios y colaboradores<sup>24</sup> cubre un grupo ligeramente mayor de pacientes sometidos a cirugía, radioterapia y uso de hormona —y sus respectivas compañeras—, totalizando 253 hombres y 174 compañeras. Las compañeras reportaron elevados niveles de ansiedad, considerando el tratamiento y los consiguientes cambios en la relación, y la mitad de ellas relató dificultades para abordar este nuevo modelo de afrontamiento de la sexualidad. Respecto a la incontinencia urinaria, el 61,1% afirma no tener dificultad para afrontar la situación, pero señala que los cuidados que el paciente requiere, como el cambio de pañal, influyen en su relación amorosa.

Palacios y colaboradores<sup>25</sup> defienden que las compañeras no quieran ejercer presión sobre la sexualidad de sus maridos, en el sentido de tener dificultades para afrontar los efectos secundarios sexuales del tratamiento oncológico. Los médicos tampoco ayudan con esta cuestión, ya que en la anamnesis hacen pocas preguntas sobre la vida sexual de la pareja. Los autores proponen que las conductas sean guiadas por sexólogos y psicólogos especializados en sexología.

Pasando a una dimensión longitudinal del problema, se resalta el estudio de Ramsey y colaboradores<sup>26</sup>, que investigan los efectos del tratamiento en las relaciones y en la vida cotidiana de los pacientes seis meses después de la cirugía y, a continuación, doce meses después. La investigación resalta que, de las 88 parejas que participaron en el estudio seis meses tras el procedimiento, el 12% indicó los impactos del tratamiento como muy negativos en su relación sexual. A partir del mes 12, este porcentaje ascendió al 29%, lo que revela que los impactos se agravan con el tiempo.

Respecto a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), estudios como el de Martin-Tuite y Shindel<sup>27</sup> y el de Manne y colaboradores<sup>28</sup> demuestran que muchos HSH que se enfrentan a las secuelas del cáncer de próstata desarrollaron estrategias para continuar con sus prácticas sexuales, como aumentar la cercanía, tener un mayor aprecio por la vida, reconocer cualidades positivas y buenas prácticas de vida saludable. Así, desvían el foco del falo, lo que puede ser una oportunidad de aprendizaje para otros hombres en la misma situación.

En cuanto a la población LGBTQIA+, existen mujeres transgénero, conocidas como “mujeres con próstata”, porque al cambiar de género mediante una cirugía de reasignación sexual no se les extirpa la próstata. Aunque el riesgo de cáncer de próstata es bajo, las mujeres trans deben saber: 1) el médico desconoce el hecho de que un paciente es registrado como mujer que tiene próstata; 2) su dosis de PSA puede verse alterada debido al uso de hormonas femeninas, por ejemplo, estrógeno; y 3) los síntomas del cáncer de próstata pueden estar ausentes o confundirse con los síntomas de la cirugía reconstructiva<sup>29</sup>. La tendencia es que esta población aumente y que las parejas también sufran el fenómeno *sexless marriage*.

Acercando el debate a América Latina, el texto de Berríos y Rivero Vergne<sup>30</sup>, de Puerto Rico, presenta la perspectiva de diez parejas de supervivientes de cáncer de próstata, refiriéndose a la percepción de la mujer como “guardiana de la salud”. Consideradas como las principales cuidadoras de sus parejas, las mujeres participan activamente en el proceso de tratamiento, ocupándose de todo, desde el dolor hasta los cuidados con la higiene personal<sup>30</sup>. De esta forma, la necesidad del paciente por su pareja aumenta significativamente, lo que afecta su autoestima y la pareja se siente responsable del éxito del tratamiento, cargando también, en consecuencia, con la angustia de la enfermedad.

### Perspectiva bioética

El papel social de la mujer se construye históricamente desde una perspectiva predominantemente sexista masculina, de modo que ha sido relegada a un lugar de cuidado. A este contexto prejuicioso, se suman los datos recopilados por

la Sociedad Brasileña de Mastología, que indican que el 70% de las pacientes que padecen cáncer de mama son abandonadas por sus parejas cuando alcanzan un elevado grado de debilidad físico-emocional<sup>3</sup>.

Estos hechos revelan que la mujer cuida, pero, por otra parte, no es cuidada. Por lo tanto, el ejercicio de la conyugalidad es una de las formas de vivir la sexualidad, con un conocimiento profundo del propio cuerpo y del de la pareja. Con ello se puede definir la propia existencia conyugal, sus características y límites de forma peculiar<sup>3</sup>.

Es necesario aliviar el sufrimiento del paciente, pero, sobre todo, incluir en el cuidado a la esposa, que permanece al lado del marido, una vez que ella está estructuralmente situada en la función de cuidadora. Así, el cáncer de próstata es considerado por la literatura especializada en Estados Unidos como una enfermedad de la relación (*relationship illness*), porque la compañera forma parte de la recuperación de la neoplasia maligna, mitigando los efectos secundarios del tratamiento. Además, las esposas reportan más sufrimiento emocional que sus maridos ante el diagnóstico de cáncer de próstata<sup>31</sup>.

Por lo tanto, considerando los principios establecidos de la bioética (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía), es necesario lograr una percepción integral ético-humanista y justa del paciente con cáncer de próstata y, sobre todo, el establecimiento de sus relaciones con su compañera.

El hombre brasileño, inserto en la cultura latinoamericana de la virilidad y el falocentrismo, hace del interés por los placeres, deseos y saberes sexuales de su compañera una perspectiva muy remota. Así, se construye el esquema: erección = macho = viril = hombre exitoso = deseado por las mujeres = admirado por todos los hombres = pobres de los que fracasan, como sostienen Kaplan y Sapetti<sup>32</sup>.

La bioética sirve de apoyo en la relación entre médico, paciente y demás involucrados, *valorando siempre una relación democrática y deliberativa, contando con la participación no solo del profesional, sino de todos los forman parte de este eslabón, para elegir la mejor alternativa de intervención*<sup>33</sup>. Se destaca, entonces, el principio de autonomía, que se refiere al derecho del paciente a autogobernarse y a la necesidad de involucrar a

la pareja, ya que ella también se ve profundamente afectada por estas decisiones.

Se resalta una alternativa aplicada también a los casos iniciales de cáncer de próstata, que se presenta principalmente en los países nórdicos, en los que las personas optan por no someterse a tratamiento. Se trata de la aplicación del método *watchful waiting*, una observación de alto nivel, es decir, no se realiza tratamiento invasivo, como se indica en la fase inicial de la enfermedad, ya que se sabe que el cáncer de próstata, en la mayoría de los casos, no provoca la muerte del paciente<sup>34</sup>.

Ya en la *active surveillance*, o vigilancia activa, se realizan varios exámenes anuales y, en cualquier momento en que los parámetros de la enfermedad empeoren, el paciente puede someterse a un tratamiento invasivo. Por lo tanto, instintivamente, no tratar puede significar preservar la imagen corporal y sexual masculina.

El principio de beneficencia, intrínsecamente relacionado con el de no maleficencia, también toca el objeto de esta revisión porque pretende curar neoplasias de curso impredecible. Además, el principio de justicia aborda el concepto de equidad, apuntando a construir relaciones igualitarias, incluso en relaciones y situaciones de desigualdad, buscando el equilibrio entre pares.

A primera vista, el principio de justicia puede parecer estrictamente vinculado a la oferta y al acceso a la salud, pero, de forma más profunda,

llega al quid de la cuestión, ya que va más allá del paciente, una vez que la pareja también sufre las consecuencias de tratamiento. Ella también debe aspirar a su bienestar y felicidad, viviendo una relación diádica más placentera y con ganancias compartidas.

## Consideraciones finales

Los trabajos seleccionados demuestran que el tema ha sido abordado en investigaciones en el extranjero, sin embargo, la discusión aún es superficial en Brasil. Acoger a una pareja es una oportunidad para incluir una enfermedad con múltiples ramificaciones en un debate ético y actual, trayendo como soporte los principios bioéticos de autonomía, justicia, no maleficencia y beneficencia, tanto para el paciente operado como para su esposa.

Se entiende que un hombre que ha perdido parte de su sexualidad, que no tiene función eréctil plena y cuya función de penetración es razonable, en un cierto nivel, es visto como en una red de protección. Por otra parte, la ciencia aún no se fija en la esposa de este paciente. Así, esta investigación se justifica al indagar el impacto de la enfermedad en la relación conyugal y, sobre todo, en el ámbito sexual, redefiniendo el papel de la compañera con nuevas estrategias para evitar mantener las relaciones sexuales limitadas a lo genital.

## Referencias


1. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Bioética e medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ; 2006. p. 9.
2. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. National health and social life survey, 1992: [United States] [Internet]. Ann Arbor: Inter-university Consortium for Political and Social Research; 1992 [acceso 12 jan 2024]. DOI: 10.3886/ICPSR06647.v2
3. Macieira RC, Maluf MF. Sexualidade e câncer. In: Kovacs MJ, Franco MHP, Carvalho VA, editores. Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus; 2008. p. 303-15.
4. Katz A, Agrawal LS, Sirohi B. Sexuality after cancer as an unmet need: addressing disparities, achieving equality. Am Soc Clin Oncol Educ Book [Internet]. 2022 [acceso 23 jan 2024];42:1-7. DOI: 10.1200/EDBK\_100032
5. Beauvoir S. O segundo sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1980.
6. Beauvoir S. A velhice. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1990.
7. Serrão C. A sexualidade na terceira idade: olhar, mudar e agir. Revista Transdisciplinar de Gerontologia [internet]. 2007 [acceso 23 jan 2024];1(1):70-2. Disponível: <https://bit.ly/4dFLgiz>

8. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1977.
9. Lucena DS, Gonçalves GO, Barbosa Neto JH, Silva, PMC. A sexualidade na senilidade de mulheres: uma revisão integrativa da literatura. In: Anais 6º Congresso Internacional de envelhecimento humano [Internet]. Campina Grande: Realize; 2019 [acesso 5 jan 2024]. Disponível: <https://bit.ly/3XojyBW>
10. Albaugh JA, Lapin BR, Petkewicz J, Tenfelde S. Life after prostate cancer treatment: a mixed methods study of the experiences of men with sexual dysfunction and their partners. BMC Urol [Internet]. 2017 [acesso 11 jan 2024];17(1):45. DOI: 10.1186/s12894-017-0231-5
11. Instituto Nacional de Câncer. Neoplasia maligna da próstata (taxas ajustadas) [Internet]. 2022 [acesso 10 dez 2022]. Disponível: <https://tny.im/V9AXS>
12. Basourakos PS, Kowalczyk K, Moschovas MC, Dudley V, Hung AJ, Shoag JE *et al.* Robot-assisted radical prostatectomy maneuvers to attenuate erectile dysfunction: technical description and video compilation. J Endourol [Internet]. 2021 [acesso 10 dez 2022];35(11):1601-9. DOI: 10.1089/end.2021.0081
13. Novan L, Morag A. Advanced prostate cancer patients' relationships with their spouses following hormonal therapy. Eur J Oncol Nurs [Internet]. 2003 [acesso 11 jan 2024];7(2):73-80. DOI: 10.1016/s1462-3889(03)00022-x
14. Worthington JF. Sexual health after prostate cancer: patients and partners. Prostate Cancer Foundation [Internet]; 2020 [acesso 13 dez 2022]. Disponível: <https://tny.im/X9UH8>
15. Ferreira U. Câncer de próstata: tire suas dúvidas: 99 respostas e um alerta. São Paulo: Âmbito; 2006.
16. Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Riccetto CLZ, Ramos M de F. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2008 [acesso 15 jan 2023];30(10):504-10. DOI: 10.1590/S0100-72032008001000005
17. Abdo CHN. Estudo da vida sexual brasileira. São Paulo: Bregantini; 2004. p. 202.
18. Bianco FJ Jr, Scardino PT, Eastham JA. Radical prostatectomy: Long-term cancer control and recovery of sexual and urinary function ("trifecta"). Urology [Internet]. 2005 [acesso 10 dez 2022];66(5):83-94. DOI: 10.1016/j.urology.2005.06.116
19. Wespes E, Amar E, Hatzichristou D, Hatzimouratidis k, Montorsi F, Pryor J, Vardi Y. EAU Guidelines on erectile dysfunction: an update. Eur Urol [Internet]. 2006 [acesso 10 dez 2022];49(5):806-815. DOI: 10.1016/j.eururo.2006.01.028
20. Hawkins Y, Ussher J, Gilbert E, Perz J, Sandoval M, Sundquist K. Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer. Cancer Nursing [Internet]. 2009 [acesso 10 dez 2022];32(4):271-280. DOI: 10.1097/NCC.0b013e31819b5a93
21. Guercio C, Mehta A. Predictors of patient and partner satisfaction following radical prostatectomy. Sex Med Rev [Internet]. 2018 [acesso 11 dez 2022]; 6(2):295-301. DOI: 10.1016/j.sxmr.2017.08.005
22. Boehmer U, Babayan RK. Facing erectile dysfunction due to prostate cancer treatment: perspectives of men and their partners. Cancer Invest [Internet]. 2004 [acesso 11 dez 2022];22(6):840-8. DOI: 10.1081/cnv-200039641
23. DaMatta R. Tem pente aí? In: Caldas D, organizador. Homens: comportamento, sexualidade e mudança. São Paulo: Editora Senac; 1997. p. 39.
24. Palacios LAG, Krouwel EM, den Oudsten BL, den Ouden MEM, Kloens GJ, van Duijn G *et al.* Suitable sexual health care according to men with prostate cancer and their partners. Support Care Cancer [Internet]. 2018 [acesso 11 jan 2024];26(12):4169-76. DOI: 10.1007/s00520-018-4290-2
25. Palacios LAG, Den Ouden MEM, Den Oudsten BL, Putter H, Pelger RC, Elzevier HW. Treatment-related sexual side effects from the perspective of partners of men with prostate cancer. J Sex Marital Ther [Internet]. 2019 [acesso 11 jan 2024];45(5):440-51. DOI: 10.1080/0092623X.2018.1549636
26. Ramsey SD, Zeliadt SB, Bloygh DK, Moinpour CM, Hall IJ, Smith JL *et al.* Impact of prostate cancer on sexual relationships: a longitudinal perspective on intimate partners' experiences. J Sex Med. [Internet]. 2013 [acesso 27 dez 2022];10(12):3135-43. DOI: 10.1111/jsm.12295
27. Martin-Tuite P, Shindel AW. Prostate cancer and sexual consequences among men who have sex with men. Int J Import Res [Internet]. 2021 [acesso 28 dez 2022];33(4):473-9. DOI: 10.1038/s41443-020-00392-6



28. Manne SL, Kashy DA, Kissane D, Zaider T, Heckman CJ, Penedo FJ, Myers S. Relationship intimacy processes during treatment for couple-focused interventions for prostate cancer patients and their spouses. *J Psychosoc Oncol Res Pract* [Internet]. 2019 [acceso 20 dez 2022];1(2):e7. DOI: 10.1097/OR9.000000000000007
29. Prostate Cancer Foundation of Australia. Understanding prostate cancer for LGBTQIA+ people. St Leonards: Prostate Cancer Foundation of Australia; 2020.
30. Berríos R, Rivero Vergne A. El cáncer prostático en la experiencia de pareja: la mujer como guardiana de la salud. *Interam J Psychol* [Internet]. 2015[acceso 20 dez 2022];49(3):387-98. Disponível: <https://tny.im/8rrXK>
31. Crowe H, Costello AJ. Prostate cancer perspectives on quality of life and impact of treatment on patients and their partners. *Urol Nurs* [Internet]. 2003 [acceso 23 dez 2022];23(4):279-85. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14552074>
32. Kaplan M, Sapetti A. La sexualidad masculina. Buenos Aires: Galerna; 1986.
33. Campos NF, Costa LB. Discussões sobre bioética, direito penal e pacientes testemunhas de Jeová. *Rev. bioét (Impr.)* [Internet]. 2022 [acceso 20 nov 2023];30(2):337-45. p. 338. DOI: 10.1590/1983-80422022302529PT
34. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Garmo H, Rider JR, Taari K, Busch C *et al.* Radical prostatectomy or watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* [Internet]. 2014 [acceso 20 nov 2023];370(10):932-42. DOI: 10.1056/NEJMoa1311593


**Bruno Vilalva Mestrinho** – Estudiante de doctorado – [bruno.mestrinho@gmail.com](mailto:bruno.mestrinho@gmail.com)

 0000-0001-9416-6500

**Vitória Marra da Motta Vilalva Mestrinho** – Estudiante de grado – [vimestrinho2@gmail.com](mailto:vimestrinho2@gmail.com)

 0000-0001-5762-1260

**Renata Verna Leal de Oliveira** – Especialista – [renataverna@gmail.com](mailto:renataverna@gmail.com)

 0009-0004-5731-7874

#### Correspondencia

Bruno Vilalva Mestrinho – SMPW, quadra 13, conjunto 1, lote 1, unidade H, Núcleo Bandeirante CEP 71741-301. Brasília/DF, Brasil.

#### Participación de los autores

Todos los autores participaron de forma igualitaria en la elaboración del artículo.

**Recibido:** 25.2.2024

**Revisado:** 21.8.2024

**Aprobado:** 22.8.2024