

## EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN HOMBRES CON CÁNCER DE PRÓSTATA

### EFFECTIVE PSYCHOLOGICAL TREATMENTS IN PROSTATE CANCER

Natalia Oraá Tabernero<sup>1</sup>, Monserrat Sánchez Fuentes<sup>2</sup>, Gustavo Ossola Lentati<sup>3</sup>, Edelmira Vélez<sup>3</sup> Francisco Javier Cevas<sup>4</sup> y Natalia del Pino<sup>3</sup>

<sup>1</sup> AECC Junta Provincial La Rioja. Logroño

<sup>2</sup> Fundación Rioja Salud, Logroño

<sup>3</sup> Hospital de San Pedro, Logroño

<sup>4</sup> Hospital General de la Rioja. Logroño

#### Resumen

Con el presente artículo, se pretende dar a conocer los tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer de próstata que se han llevado a cabo hasta la actualidad. Para entender los tratamientos psicológicos, es importante conocer, aunque sea de manera general, qué medios médicos se llevan a cabo para curar o paliar la enfermedad y sus efectos (reversibles o irreversibles), ya que el bienestar biopsicológico influye en la calidad de vida del individuo y, en su salud física y psicológica.

A pesar de que el cáncer de próstata es el cáncer más común en los hombres de nuestro país y que actualmente muchos se diagnostican en estadios iniciales, lo que aumenta la posibilidad de curación, existen pocos estudios sobre tratamientos psicológicos para afrontar este tumor, tanto a nivel nacional como internacional. Es importante seguir avanzando en la investigación, principalmente en aquella que vaya dirigida a evaluar la eficacia de los tratamientos psicológicos.

**Palabras clave:** Cáncer de próstata, intervenciones psicológicas, psicoeducativa, eficacia.

#### Abstract

The aim of this paper is to show the effective psychological treatments in prostate cancer performed to date. To understand these treatments is important to know the medical facilities carried out in order to treat or palliate the disease and its effects, both, reversible and irreversible ones, since the biopsychological state play an important role in the quality of life of individuals, as well as in their physical and psychological health. Even though prostate cancer is the most common in men in our country and is diagnosed at early stages in many cases, increasing the percentage of cure, there are only a few studies about psychological treatments to face with this tumor, both national and international ones. It is important to improve the research in this field, mainly in which is focused in evaluate psychological treatments effectiveness.

**Key words:** Prostate Cancer, psychological interventions, psychoeducation, effectiveness.

---

#### Correspondencia:

Natalia Oraá Tabernero  
Asociación Española contra el Cáncer  
C/ García Morato, 17-1º 2º  
Email: noraa@cop.es

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es el tumor maligno de mayor incidencia en hombres en nuestro país. En 1985, en España, la tasa de incidencia ajustada a la población mundial era de 14,58 por 100.000 varones al año, pasando a 56,48 en 2002<sup>(1)</sup>. Una evolución semejante se ha producido en el resto de los países occidentales. En España, según los datos de Globocan 2008, se diagnostican al año 25.230 casos, con una tasa cruda anual de 115 casos por 100.000 varones, situándose por delante de la del cáncer de pulmón y del colorrectal. Sin embargo, la mortalidad con respecto a estos dos tumores es inferior, ya que por cáncer de próstata fallecen al año 6.060 varones, con una tasa cruda anual de 27,7 por 100.000 varones<sup>(2)</sup>. Además, a partir de finales de los 90, y también de forma paralela a lo que ha ocurrido en otros países occidentales, se ha producido un descenso progresivo en la mortalidad (en la tasa ajustada por edad en la población europea), atribuido a la mejora en el diagnóstico y en el tratamiento<sup>(3,4)</sup>. El aumento de los diagnósticos en fases más precoces ha contribuido a una mayor supervivencia a los 5 años. En los datos de EURO-CARE-4, los pacientes diagnosticados en España entre 1995-99 tienen una supervivencia relativa a los 5 años del 74,7% (IC 95%:72,5-76,9), similar a la media europea del 73,9 % (IC95%: 73,6-74,5)<sup>(5)</sup>. Este aumento, tanto de la supervivencia como de la tasa de incidencia, se produjo a partir del momento en que se introdujo la utilización de PSA (antígeno específico prostático) y se aumentó el número de biopsias prostáticas a pacientes asintomáticos.

El cáncer de próstata está asociado con el envejecimiento; de hecho, en España, el 85% de los diagnósticos se realizan a partir de los 65 años<sup>(1)</sup>. En cuanto a la raza, datos de USA indican que la raza afroamericana tiene una mayor incidencia y morta-

lidad que la raza blanca de origen europeo o hispano, y que a su vez es mayor que la raza asiática<sup>(5)</sup>.

## ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Los aspectos físicos, y las posibles secuelas, influyen en la calidad de vida y en la manera en la que la persona va a afrontar la enfermedad y la supervivencia. Por lo tanto, para entender en qué consisten las intervenciones psicológicas en el cáncer de próstata, es necesario conocer los principales aspectos médicos de este tipo de cáncer, principalmente en cuanto a los tratamientos y sus efectos durante y después de la enfermedad.

### Aspectos médicos

Desde el punto de vista urológico, existen diversos tratamientos para el cáncer de próstata. Para decidir entre uno u otro, hoy en día, existen guías europeas de Urología que realizan recomendaciones basadas en la literatura existente<sup>(6)</sup>. Entre estos tratamientos encontramos:

*Vigilancia expectante.* Se lleva a cabo un seguimiento del paciente hasta que se produzca, si fuera el caso, la aparición clínica, con el objetivo de evitar el sobretratamiento, ya que, por lo general, el cáncer de próstata se diagnostica en varones ancianos con importante comorbilidad y presenta una lenta evolución<sup>(6)</sup>.

*Vigilancia activa.* Es una opción para aquellos pacientes que, por motivos personales, no estén dispuestos a asumir los riesgos de los tratamientos radicales. Del mismo modo que el anterior, se concibió para evitar el sobretratamiento<sup>(7,8)</sup>. Consiste en controles periódicos y plantear el tratamiento con intención curativa cuando se identifiquen signos de progresión de la enfermedad como aumento de PSA, grado histológico o volumen tumoral en biopsias periódicas<sup>(9)</sup>.

*Prostatectomía radical.* Se trata de una técnica quirúrgica con intención curativa indicada principalmente en pacientes con enfermedad localizada en la próstata. En algunos casos con enfermedad extraprostática (T4) se asocia este tratamiento a otros tratamientos adyuvantes o neoadyuvantes, como la hormonoterapia. Del mismo modo se acepta como técnica de elección en aquellos pacientes jóvenes que no aceptan la vigilancia activa como opción de tratamiento. Además de las complicaciones propias de cualquier cirugía, como pueden ser la hemorragia y la infección, esta técnica tiene las propias como son la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil<sup>(6)</sup>.

Hoy en día, con el perfeccionamiento de la técnica y dependiendo de las condiciones prequirúrgicas del paciente, se ha conseguido un incremento de la continencia postoperatoria situándose entre el 60-90%<sup>(10-12)</sup>.

Existen varios estudios publicados en los que se demuestra que, a pesar de ser una técnica curativa desde el punto de vista oncológico, la calidad de vida de los pacientes se ve afectada debido a la morbilidad que la misma genera, siendo los puntos más importantes la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil<sup>(13-14)</sup>.

*Radioterapia externa.* Consiste en aplicar en el tumor una dosis de radiación de acuerdo al estadio de la enfermedad. Dicha dosis de radiación se da en forma de fracciones diarias de lunes a viernes en un total de 5 a 7 semanas a través de una máquina productora de radiación llamada Acelerador Lineal. Durante cada sesión, que dura unos pocos minutos, el paciente no siente molestia alguna. Sin embargo, tras un par de semanas, la dosis acumulada es tal que puede afectar alguno de los órganos que rodean la próstata como la vejiga o el recto. Es probable, aunque no siempre sucede, que el paciente pueda manifestar molestias al orinar o en el recto como sensación de recto ocupado<sup>(15)</sup>.

*Braquiterapia.* Es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se depositan en la próstata una cantidad determinada de pequeñas fuentes emisoras de radiación conocidas como semillas que destruirán el tumor.

El procedimiento, que se realiza en una sola vez, se hace en un quirófano con el paciente anestesiado. En el postoperatorio, el paciente puede presentar molestias por la inflamación de la próstata que se controla con medicación. De forma tardía, pueden también presentarse signos de toxicidad de vejiga o recto que son similares a las que presentaría el paciente de haber sido sometido a tratamiento con radioterapia externa<sup>(16)</sup>.

*Hormonoterapia.* Se basa en lograr un una privación androgénica para evitar la proliferación del tumor y, asociada a la radioterapia, mejora la supervivencia en grupos de riesgo intermedio y alto<sup>(17)</sup>. Este tratamiento puede producir efectos adversos como aumento del riesgo cardiovascular, aumento del riesgo de osteoporosis, disminución de la libido, sofocos y ginecomastia. Todos ellos son causantes de un deterioro significativo de la calidad de vida de los pacientes<sup>(6)</sup>.

En el caso del *tratamiento paliativo*, a menudo se complica la asistencia a estos pacientes, ya que suelen ser hombres con edades avanzadas y con una gran variedad de patologías. Los principales problemas que se deben abordar son: 1) el dolor por afectación ósea, ya que más del 70% de los pacientes desarrollan metástasis óseas. Se caracteriza por una buena respuesta inicial al bloqueo hormonal pero la posterior progresión genera la necesidad del uso de analgésicos potentes, el empleo de la radioterapia antiálgica, y su necesidad de técnicas más radicales en las unidades del dolor<sup>(17-19)</sup>; 2) las uropatías obstructivas producen frecuentes ingresos y el uso de sondas externas que deforman su imagen corporal y causan infecciones frecuen-

tes<sup>(20-22)</sup>; y, 3) las alteraciones metabólicas debidas a la afectación ósea y renal, que obligan a manejar una gran cantidad de medicación<sup>(23)</sup>.

### Aspectos psicológicos

Existen numerosos estudios que muestran que el diagnóstico de cáncer de próstata produce importantes problemas psicosociales<sup>(24-27)</sup> que afectan a la familia, al funcionamiento personal y al bienestar físico-psicológico<sup>(28)</sup>, llegando incluso a disminuir la calidad de vida<sup>(29)</sup>. Los hombres que padecen esta enfermedad, y que se someten a estos tratamientos, experimentan una serie de eventos estresantes que dejan al hombre en un riesgo potencial de desajuste emocional. A pesar de esto, el conocimiento de la salud mental de los hombres con cáncer de próstata es limitado. Los estudios existentes muestran que el diagnóstico de cáncer de próstata produce síntomas de malestar emocional clínicamente significativos como el miedo, la ansiedad, la ira, temores por la discapacidad, la dependencia o la muerte<sup>(28)</sup> que pueden acabar produciendo trastornos depresivos y/o ansiosos<sup>(24-26)</sup>.

Una población especialmente vulnerable en este tipo de cáncer es la de personas jóvenes, casadas y aquellas cuya enfermedad está avanzada<sup>(24,30)</sup>. En este sentido, los menores de 65 años presentan mayor ansiedad<sup>(28)</sup> y mayores dificultades y necesidades relacionadas con la sexualidad<sup>(31)</sup>. En cuanto a los pacientes de enfermedad avanzada, se ha visto que presentan menores recursos psicológicos, mayor depresión y comorbilidad, además de tener más problemas sexuales producidos por la enfermedad y los tratamientos hormonales<sup>(24,32)</sup>.

En cuanto a los estudios centrados en el malestar emocional, los datos son contradictorios ya que sugieren que el malestar emocional tiende a reducirse con el paso del tiempo desde que se produce el diag-

nóstico, aunque también se incide en que éste puede aparecer de manera intensa y prolongada en las diferentes fases del proceso<sup>(33,34)</sup>. Por otro lado, se ha visto que no sólo influyen aspectos de la propia enfermedad sino que también existe una importante influencia de los factores personales. Así, las expectativas y las creencias personales, la percepción de riesgo a recaer y la percepción de la propia vida personal influyen en su intensidad, frecuencia y duración<sup>(35)</sup>. Por otro lado, los cambios físicos producidos por el tratamiento y sus efectos como la incontinencia (urinaria o intestinal) y las disfunciones sexuales, que incluso pueden mantenerse años después de la enfermedad, provocan que los supervivientes recuerden la experiencia de la enfermedad y el trauma<sup>(36)</sup>.

Pero además, estudios previos sugieren que los pacientes de cáncer de próstata muestran un elevado nivel de depresión<sup>(36,37)</sup>, pudiendo llegar a cuadruplicarse la tasa de suicidio en comparación con los hombres de su misma edad que no padecen la enfermedad<sup>(38)</sup>. Un estudio, llevado a cabo con supervivientes, concluyó que la prevalencia de trastornos psicológicos fue de un 47% en el momento del diagnóstico; tras seis años un 37% presentaba algún trastorno psicológico y un 13% presentaba depresión<sup>(39)</sup>.

Otro trastorno frecuente es el de la ansiedad. Aparece con una prevalencia entre el 12 y el 21%. Uno de los momentos en los que más ansiedad e incertidumbre experimenta el paciente se produce tras recibir la noticia del diagnóstico y a la hora de decidir entre los posibles tratamientos. Otro de los momentos que producen más ansiedad es aquellos casos en los se produce el fracaso médico<sup>(40-42)</sup>. A pesar de esto, los servicios de apoyo que están disponibles para los hombres con cáncer de próstata a la hora de tomar decisiones, o manejar la ansiedad son muy escasos. Además, los estudios sugieren que un nú-

mero elevado de pacientes con cáncer de próstata que presentan dificultades no son detectadas y por lo tanto no son tratados psicológicamente, porque los sistemas de salud carecen de un medio para identificar a estos pacientes<sup>(43)</sup>.

En cuanto a los efectos de los tratamientos y cómo afectan a los individuos, los estudios indican que los hombres activos sexualmente sufren un fuerte impacto debido al cambio de su vida sexual, lo que puede ocasionar efectos negativos en su estado emocional, alterando incluso la percepción de la propia masculinidad y repercutiendo incluso en su estado físico, reflejándose en cansancio, apatía y desmotivación en la realización de actividades, reducción de la vitalidad o la energía que tiene el paciente y que es determinante de la calidad de vida<sup>(44)</sup>.

En el caso de que se padezcan disfunciones sexuales pueden afectar también al deseo e incluso, si la función eréctil vuelve, algunos hombres manifiestan malestar a la hora de tener relaciones íntimas y un cambio en su autoestima<sup>(45-47)</sup>. El 61% de los pacientes manifestaron padecer malestar psicológico relacionado con su disfunción sexual después de 4,3 años<sup>(45)</sup> y que el cambio en su actividad sexual, deterioró su bienestar físico y psicológico<sup>(48)</sup>.

Por otro lado, el impacto de la incontinencia urinaria e intestinal produce un problema social y de higiene personal que altera la calidad de vida en general, afectando a las dimensiones físicas, funcionales y psicosociales y existiendo una correlación positiva entre los síntomas urinarios y el estado emocional<sup>(44)</sup>. Algunos hombres viven la incontinencia como una humillación, con un elevado temor a mancharse o al olor y una gran angustia por el uso de los pañales, lo que provoca que reduzcan el contacto social aumentando el aislamiento<sup>(49)</sup>.

Estas complicaciones pueden tener una incidencia negativa en los diferentes domi-

nios de la calidad de vida del paciente, debido a la disminución del bienestar físico, psicológico y social<sup>(50,51)</sup>. Por este motivo, la mayoría de los estudios de calidad de vida se centran en estos problemas, habiendo consenso a la hora de indicar que se mantienen a lo largo de los años y su importante repercusión<sup>(52,53)</sup>. Algunos estudios incluso indican que el área de funcionamiento emocional es la más afectada en comparación con el resto de las áreas<sup>(44)</sup>.

La red social promueve el ajuste psicológico facilitando el proceso cognitivo de la experiencia del cáncer y la adaptación a los diferentes cambios que demanda la enfermedad como tal, siendo la pareja en concreto un apoyo fundamental de seguridad. Sin embargo, con la enfermedad, el hombre tiende a aislarse y reduce el contacto con sus amistades y familia, entre otras cosas provocado por la vergüenza y la falta de confianza en otros hombres para hablar de sus miedos o sus preocupaciones<sup>(54)</sup>. Por lo tanto, es posible que socialmente se den cambios en las relaciones interpersonales y que la persona se aisle y pierda el interés en establecer o mantener vínculos con las personas que le rodean.

A pesar de que las parejas son un apoyo fundamental para los pacientes con cáncer de próstata, la relación de pareja tiende a complicarse<sup>(55)</sup>. Los pacientes de cáncer de próstata se apoyan principalmente en sus esposas<sup>(56)</sup>, llegando incluso a depender emocionalmente de ellas y siendo éstas el recurso único para afrontar el proceso de adaptación a la enfermedad y sus tratamientos<sup>(57,58)</sup>. A pesar de esto, sólo el 10% habla con ellas abiertamente de la enfermedad y el 30% no habla nada de este tema<sup>(54)</sup>. Además, las mujeres de los pacientes pueden llegar a presentar mayor malestar emocional que los propios pacientes<sup>(59,60)</sup>, manifestando tener carencia de información e incertidumbre sobre el futuro<sup>(60-62)</sup>, menor percepción de autoeficacia y menos apoyo social y de recur-

sos<sup>(60)</sup>. Las dificultades principales que se presentan en la relación de pareja son la comunicación, la sexualidad y la intimidad<sup>(63,64)</sup>.

A la hora de elaborar programas e intervenciones en los pacientes con cáncer de próstata y sus supervivientes, es necesario tener en cuenta los cambios que se producen en las áreas físicas, psicológicas y sociales, haciendo intervenciones lo más específicas posibles a la situación.

## **INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA**

En temas oncológicos, a la hora de demandar apoyo psicológico, los hombres piden menos ayuda que las mujeres<sup>(65-68)</sup>. Además, específicamente en el cáncer de próstata, adoptan una actitud estoica<sup>(28)</sup> y manifiestan dificultades a la hora de pedir ayuda en temas relacionados como la sexualidad, la salud e información sobre el malestar emocional y las dificultades mentales que puedan aparecer a la hora de afrontar las nuevas situaciones a las que se enfrentan<sup>(31)</sup>. Los hombres que solicitan o aceptan el apoyo psicológico se benefician más de los efectos terapéuticos de las intervenciones psicológicas que las mujeres, probablemente porque ellas suelen pedir ayuda con más facilidad<sup>(31)</sup>.

Los pacientes de cáncer de próstata están infratratados, no sólo porque manifiestan las dificultades a la hora de solicitar ayuda sino porque además no se les informa como es debido de la existencia de servicios de psicología oncológica<sup>(31)</sup>, lo que provoca que el paciente no encuentre ayuda en el proceso de toma de decisiones sobre el tratamiento y en el afrontamiento del malestar psicológico durante la enfermedad<sup>(43)</sup>. En un estudio realizado por Kathlen et al.<sup>(24)</sup>, determinaron que 1/3 de los pacientes entrevistados manifestaban la necesidad de recibir información que les ayudase a encontrarse mejor emo-

cionalmente y, cómo aprender a manejar la incertidumbre relacionada con el tratamiento. A pesar de que muy pocos tuvieron soporte psicológico, la mitad hubieran accedido a éste en caso de haber sido ofrecido o de haber sido informados sobre este recurso.

Ha quedado más que demostrado que las intervenciones psicológicas son eficaces para mejorar el estado emocional y la calidad de vida de los pacientes con cáncer, en el proceso de solución de problemas y en el manejo del estrés<sup>(70-73)</sup>; sin embargo, existen pocos estudios que examinan la eficacia de las intervenciones psicológicas específicas en el cáncer de próstata<sup>(74)</sup>.

En la literatura, el término utilizado para referirse a las intervenciones psicológicas específicas en cáncer de próstata es el de "intervenciones psicosociales". En cuanto a los tipos de estas intervenciones psicosociales, se pueden considerar desde dos tipos "paradoxical intention" e hipnosis<sup>(75)</sup> hasta llegar a clasificarlas en 4 tipos diferentes: terapia de grupo, psicoeducativas, terapia cognitivo-conductual (en grupo o individual) y counseling<sup>(72)</sup>. Otros autores llegan a hablar de 5 tipos de intervenciones psicosociales en las que incluyen apoyo de grupo no dirigido por profesionales<sup>(71)</sup>.

En la búsqueda bibliográfica se utiliza la expresión "intervenciones psicosociales" para dirigirse también a programas de rehabilitación física, intervenciones informativas, counselling...<sup>(76,77)</sup>. Son llevadas en sesiones presenciales, por teléfono, por Internet... dirigidas la mayoría por enfermeras y con resultados dudosos en cuanto a su eficacia<sup>(76,78,79)</sup>.

En una revisión específica de esta población, se encontraron 9 estudios aleatorios y con grupo control entre los años 1970 y 2004<sup>(74)</sup>. En estas investigaciones el objetivo es medir parámetros como el conocimiento de la enfermedad, la auto-



eficacia, el manejo de la incertidumbre y el malestar emocional, la depresión y la calidad de vida<sup>(80)</sup>.

El modelo más extendido en las intervenciones psicológicas en cáncer de próstata es el denominado como CBSM (Cognitive- Behavioral Stress Management) y se caracteriza por ser cognitivo- conductual. Normalmente se trabaja con grupos de discusión, role playing y con ejercicios específicos como la relajación, la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas, estrategias para afrontar el estrés, habilidades interpersonales y mejora de la red social. En todos los estudios existentes de este modelo los pacientes son asignados aleatoriamente, existiendo un grupo control además del experimental. En la evaluación sobre la eficacia del modelo, los resultados indican que los pacientes que participan en esta intervención mejoran su bienestar emocional<sup>(81)</sup>. De manera más específica, se concluye que el grupo de intervención mejora en la calidad de vida, en el afrontamiento del estrés e incluso incide en el aumento del crecimiento personal<sup>(82,83)</sup>. En los estudios en los que se ha medido el área sexual se ha visto que una vez finalizado el programa los hombres habían mejorado en el funcionamiento sexual<sup>(66,84-86)</sup>.

La eficacia de este modelo también se ha mostrado en la población española, obteniendo resultados positivos tras la intervención principalmente en las áreas física, emocional y del funcionamiento sexual<sup>(86)</sup>. En España, se llevó una terapia de grupo exclusivamente conductual en pacientes que habían sido sometidos a una prostatectomía radical, quienes obtuvieron una mejoría en la calidad de vida de estos hombres<sup>(87)</sup>. Sin embargo, este último estudio tiene como limitación no cumplir el criterio de aleatorización ni disponer de grupo control y experimental.

En cuanto a las intervenciones psico-educativas, han mostrado ser más efectivas

que el aprendizaje social en pacientes con cáncer<sup>(69)</sup>, influyendo principalmente en reducir la ansiedad y la incertidumbre<sup>(88,89)</sup> y obteniendo efectos positivos en la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata<sup>(90)</sup>. Se llevan a cabo en grupo y, en el grupo experimental, se trabaja con lecturas, grupo de discusión dirigidos por un psicólogo en los que se exponen temas como la sexualidad, comunicación de pareja...<sup>(90,91)</sup>.

Se ha visto que los pacientes con baja autoestima, baja autoeficacia y un alto nivel de síntomas depresivos, son los pacientes que más se benefician de este tipo de intervenciones. Los resultados indican que los grupos en los que, además de informar o educar, se exponen temas de discusión que preocupan a los pacientes, presentan mejora en los conocimientos de la enfermedad y conductas saludables, en la calidad de vida, en el estado emocional, en la sexualidad, la autoeficacia, y la autoestima, siendo consideradas por los pacientes como útiles y necesarias<sup>(27,90,91)</sup>.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo es conocer qué estudios existen acerca de las intervenciones psicológicas dirigidas a los pacientes diagnosticados de cáncer de próstata. A lo largo del artículo, se puede comprobar que el número de estas investigaciones, hoy en día, es muy limitado, a pesar de que el cáncer de próstata es el tumor más frecuente en la población masculina. Existen más datos de investigaciones dirigidas a estudiar los aspectos psicológicos a la hora de afrontar esta enfermedad, conocer qué aspectos de la calidad de vida se ven afectados durante y después del tratamiento, qué aspectos de la pareja se pueden ver deteriorados... El conocimiento de estos y otros muchos aspectos, y el hecho de que se diagnostique la enfermedad en estadios tempranos, hacen que aumente el interés por investigar,

desde un punto de vista psicológico, qué tratamientos o programas son más eficaces y efectivos para el paciente. Actualmente es incuestionable la necesidad de recibir apoyo psicológico durante y después de la enfermedad, en el proceso oncológico. Pero, a pesar de que nadie debiera cuestionar esta necesidad, las investigaciones muestran que aún hoy en día existen otros profesionales que cuestionan la utilidad de los tratamientos psicológicos. Para que podamos ofrecer una atención adecuada e integral que todo paciente oncológico se merece es necesario que cambie esta actitud profesional hacia intervención psicológico, dejando de lado prejuicios o estereotipos y basándose en los datos empíricos. Esto ha ido cambiando en los últimos años y muestra de ello es la implantación en los servicios de oncología de la figura del psicólogo o psicooncólogo, lo que también influye a la hora de facilitar la investigación en este campo.

En la búsqueda bibliográfica se han encontrado artículos en los que se han llevado a cabo intervenciones psicológicas y sin embargo dicha intervención no era dirigida por un psicólogo. Estos artículos no han sido incluidos en este artículo ya que se entiende que una intervención o un programa psicológico debe ser dirigido por un psicólogo con especialidad en Psicooncología. Como se ha comentado anteriormente, la literatura existente es escasa y las investigaciones realizadas son limitadas pero, las llevadas a cabo, coinciden en que el modelo CBSM (Cognitive- Behavioral Stress Management) mejora el bienestar emocional de los pacientes, la calidad de vida, se reduce el estrés, mejora la actividad sexual y aumenta el crecimiento personal. Las intervenciones psicoeducativas tienen también resultados interesantes a la hora de mejorar la calidad de vida, reducir la ansiedad y la incertidumbre.

Es importante continuar investigando en nuestro país sobre las necesidades psicológicas y sociales de los pacientes con cáncer de

próstata, elaborar programas que se ajusten a este colectivo específico atendiendo a los cambios físicos y de pareja que se producen. A la hora de plantear nuevos programas, sería interesante que en futuras investigaciones se evaluara la eficacia de programas de rehabilitación multidisciplinares en los que hubiera una coordinación de los diferentes profesionales y se pudiera atender al paciente desde un modelo biopsicosocial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borràs J, Ameijide A, Vilardell L, Valls J, Marcós-Gragera R, Izquierdo A. Evolución de la incidencia del cáncer en Cataluña, 1985-2002. *Med Clin* 2008;131 Suppl 1:11-8.
2. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2008. [Acceso el 25 de julio de 2013]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=484#KEY>
3. Cabanes A, Vidal E, Aragonés N, Pérez-Gómez B, Pollán M, Lope V, et al. Cancer mortality trends in Spain: 1980-2007. *Ann Oncol* 2010;21 Suppl 3:14-20. Doi: 10.1093/annonc/mdq089.
4. Bouchardy C, Fioretta G, Rapiti E, Verkoijen HM, Rapin CH, Schmidlin F, et al. Recent trends in prostate cancer mortality show a continuous decrease in several countries. *Int J Cancer* 2008;123:421-9. Doi: 10.1002/ijc.23520.
5. Berrino F, De Angelis R, Sant M, Rosso S, Lasota M, Coebergh JW. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: Results of the EURO CARE-4 study. *Lancet* 2007;8:773-83. Doi: 10.1016/S1470-2045(07)70245-0
6. Heidenreich A, Bolla M, Joniau S, Mason M, Matveev V, Mottet N, et al. Guidelines on prostate cancer. European Association of Urology, 2013 [acceso 13 de septiembre de 2013]. Disponible en: [http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/?no\\_cache=1](http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/?no_cache=1).



7. Soloway MS, Soloway CT, Williams S, Ayyathurai R, Kava B, Manoharan M. Active surveillance; a reasonable management alternative for patients with prostate cancer: The Miami experience. *BJU Int* 2008;101:165-9. Doi: 10.1111/j.1464-410X.2007.07190.x
8. Carter HB, Kettermann A, Warlick C, Metter EJ, Landis P, Walsh PC, et al. Expectant management of prostate cancer with curative intent: An update of the Johns Hopkins experience. *J Urol* 2007;178:2359-64. Doi: 10.1016/j.juro.2007.08.039
9. Adolfsson J. Watchful waiting and active surveillance: The current position. *BJU Int* 2008;102:10-4. Doi: 10.1111/j.1464-410X.2008.07585.x
10. Begg CB, Riedel ER, Bach PB, Kattan MW, Schrag D, Warren JL, et al. Variations in morbidity after radical prostatectomy. *N Engl J Med* 2002;346:1138-44. Doi: 10.1056/NEJMsa011788
11. Potosky AL, Legler J, Albertsen PC, Stanford JL, Gilliland FD, Hamilton AS, et al. Health outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: Results from the Prostate Cancer Outcome Study. *J Natl Cancer Inst* 2000;92(19):1582-92. Doi: 10.1093/jnci/92.19.1582
12. Van Poppel H, Collette L, Kirkali Z, Brausi M, Hoekstra W, Newling DW, et al. Quality control of radical prostatectomy: A feasibility study. *Eur J Cancer* 2001;37:884-91. Doi: 10.1016/S0959-8049(01)00056-9
13. Bellizzi KM, Latini DM, Cowan JE. Fear of recurrence, symptom burden, and health-related quality of life in men with prostate cancer. *Urol* 2008;72:1269-77. Doi: 10.1016/j.urology.2007.12.084
14. Chen RC, Clark JA, Talcott JA. Individualizing quality-of-life outcomes reporting: How localized prostate cancer treatments affect patients with different levels of baseline urinary, bowel, and sexual function. *J Clin Oncol* 2009;27:3916-22. Doi: 10.1200/JCO.2008.18.6486
15. Nilsson S, Norlen BJ, Widmark A. A systematic overview of radiation therapy effects in prostate cancer. *Acta Oncol* 2004;43:316-81.
16. Medical Services Advisory Committee and Minister for Health and Ageing (MSAC). Brachytherapy for the treatment of prostate cancer. MSAC application 1089. Assess Rep. 2005.
17. Saad F, Gleason DM, Murray R. A randomized placebo controlled trial of zoledronic acid in patients with hormone refractory metastatic prostate carcinoma. *Cancer* 2002;94:1458-68. Doi: 10.1093/jnci/94.19.1458
18. Smith MR, Egerdie B, Hernandez Toriz N. Denosumab in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer. *N Engl J Med* 2009;361:745-55. Doi: 10.1056/NEJMoa0809003
19. Bauman G, Charette M, Reid R, Sathya J. Radiopharmaceuticals for the palliation of painful bone metastasis. A systemic review. *Radiother Oncol* 2005;75:258-70.
20. Shekarriz B, Shekarriz H, Upadhyay J. Outcome of palliative urinary diversion in the treatment of advanced malignancies. *Cancer* 1999;85:998-1003.
21. Harrington KJ, Pandha HS, Kelly SA. Palliation of obstructive nephropathy due to malignancy. *Br J Urol* 1995;76:101-7.
22. Radecka E, Magnusson M, Magnusson A. Survival time in period of catheterization in patients treated with percutaneous nephrostomy for urinary obstruction due to malignancy. *Acta Radiol* 2006;47:328-31.
23. Morote J, Morin JP, Orsola A. Prevalence of osteoporosis during longterm androgen deprivation therapy in patients with prostate cancer. *Urol* 2007;69:500-4.
24. Lintz K, Moynihan C, Steginga S, Norman A, Eeles R, Huddart R, et al. Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic. *Psychooncology* 2003;12:769-83. Doi:10.1002/pon.702.
25. Carlson L.E, Bultz B.D. Cancer distress screening: needs, models and me-

- thods. *J Psychosom Res* 2003;55:403–9. Doi:10.1016/S0022-3999(03)00514-2.
26. Namiki S, Saito S, Tochigi T, Numata I, Ioritani N, Arai Y. Psychological distress in Japanese men with localized prostate cancer. *Int J Urol* 2007;14:924–9. Doi:10.1111/j.1442-2042.2007.01746.x.
  27. Boonzair A, Schubach K, Troup K, Pollard A, Aranda S, Schofield P. Development of a psychoeducational intervention for men with prostate cancer. *J Psychosoc Oncol* 2009;27:136–53. Doi:10.1080/07347330802616100.
  28. Balderson N, Towell T. The prevalence and predictors of psychological distress in men with prostate cancer who are seeking support. *Br J Health Psychol* 2003;8:125–34.
  29. Northouse LL, Mood DW, Montie JE, Sandler HM, Forman JD, Hussain M, et al. Living with prostate cancer: Patients' and spouses; psychosocial status and quality of life. *J Clin Oncol* 2007;25:4171–7.
  30. Cliff AM, MacDonagh RP. Psychological morbidity in prostate cancer: II. A comparison of patients and partners. *Br J Urol* 2000;86:834–9.
  31. Steginga SK, Occhipinti S, Dunn J, Gardiner RA, Heathcote P, Yaxley J. The supportive care needs of men with prostate cancer. *Psychooncology* 2001;10:66–75. Doi: 10.1002/1099-1611.
  32. Bisson JI, Chubb HL, Bennett S, Mason M, Jones D, Kynaston H. The prevalence and predictors of psychological distress in patients with early localized prostate cancer. *BJU Int* 2002;90:56–61. Doi: 10.1046/j.1464-410X.2002.02806.x
  33. Huang GJ, Sadetsky N, Penson DF. Health related quality of life for men treated for localized prostate cancer with longterm follow-up. *J Urol* 2010;183:2206–12. Doi:10.1016/j.juro.2010.02.013.
  34. Gore JL, Kwan L, Lee SP, Reiter RE, Litwin MS. Survivorship beyond convalescence: 48-month quality-of-life outcomes after treatment for localized prostate cancer. *J Natl Cancer Inst* 2009;101:888–92. Doi: 10.1093/jnci/djp114
  35. Lofters A, Juffs HG, Pond GR, Tannock IF. "PSA-itis": knowledge of serum prostate specific antigen and other causes of anxiety in men with metastatic prostate cancer. *J Urol* 2002;168:2516–20. Doi:10.1097/01.ju.0000032824.52830.55.
  36. Kronenwetter C, Weidner G, Pettengill E, Marlin R, Crutchfield L, McCormac P, et al. A qualitative analysis of interviews of men with early stage prostate cancer. The prostate cancer life estyle trial. *Cancer Nurs* 2005;28:99–107.
  37. Zabora J, Brintzenhofeszoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001;10:19–28. Doi: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::AID-PON501>3.0.CO;2-6
  38. Llorente MD, Burke M, Gregory GR, Bosworth HB. Prostate cancer: A significant risk factor for late-life suicide. *Ame J Geriatr Psychiatry* 2005;13:195–201.
  39. Grassi L, Rosti G. Psychosocial morbidity and adjustment to illness among long-term cancer survivors. *Psychosom* 1996;37:523–32.
  40. Moul JW. Prostate specific antigen only progression of prostate cancer. *J Urol* 2000;163:1632–42.
  41. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC. Rapid screening for psychological distress in men with prostate carcinoma. *Cancer* 1998;82:1904–8.
  42. Tannock I. Eradication of a disease: How we cured symptomless prostate cancer. *Lancet* 2002;359:1341-2.
  43. Gray RE, Klotz LH, Iscoe NA, Fitch MI, Franssen E, Johnson BJ, et al. Prostate cancer patients' satisfaction with medical information. *Can J Urol* 1997b;4:83–7.
  44. Novoa, M, Cruz CA, Rojas L, Wilde K. Efectos secundarios de los tratamientos del cáncer de próstata localizado en la calidad de vida y el ajuste marital. *Univ. Psychol. Bogotá* 2003;2:169-86.

45. Schover LR, Fouladi RT, Warneke CL, Neese L, Klein EA, Zippe C, et al. Defining sexual outcomes after treatment for localized prostate carcinoma. *Cancer* 2002;95:1773–85.
46. Beck AM, Robinson JW, Carlson LE. Sexual intimacy in heterosexual couples after prostate cancer treatment: What we know and what we still need to learn. *Urol Oncol* 2009;27:137–43.
47. Bokhour BG, Clark JA, Inui TS, Silliman RA, Talcott JA. Sexuality after treatment for early prostate cancer. *J Gen Intern Med* 2001;16:649–55.
48. Ptacek JT, Pierce G, Ptacek J, Nogel C. Stress and coping processes in men with prostate cancer: The divergent views of husband and wives. *J Soc Clin Psychol* 1999;18:299–324.
49. Fernández B, Pascual C, García JA. El cáncer de próstata en la actualidad. *Psicooncología* 2004;1(2-3):181-90.
50. Pickett M, Watkins D, Joseph A, Burggraf V. Prostate cancer elder alert: Living with treatment choices and outcomes. *J Gerontol Nurs* 2000;26:22–32.
51. Litwin MS, McGuigan KA, Shpall AI, Dhanani N. Recovery of health related quality of life in the year after radical prostatectomy: Early experience. *J Urol* 1999;161:515–9.
52. Potosky AL, Davis WW, Hoffman RM, Stanford JL, Stephenson RA, Penson DF, et al. Five-year outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: the prostate cancer outcomes study. *J Natl Cancer Inst* 2004;96:1358–67. Doi:10.1093/jnci/djh259.
53. Hoffman RM, Gilliland FD, Penson DF, Stone SN, Hunt WC, Potosky AL. Cross-sectional and longitudinal comparisons of health-related quality of life between patients with prostate carcinoma and matched controls. *Cancer* 2004;101:2011–9. Doi:10.1002/cncr.20608.
54. Helgason AR, Dickman PW, Adolfsson J, Steineck G. Emotional isolation: Prevalence and the effect on well-being among 50–80-year-old prostate cancer patients. *Scand J Urol Nephrol* 2001;35:97–101.
55. McCaughan E, McSorley O, Prue G, Parahoo K, Buntings B, O'Sullivan J, et al. Quality of life in men receiving radiotherapy and neo-adjuvant androgen deprivation for prostate cancer: Results from a prospective longitudinal study. *J Adv Nurs* 2012;69:53–65. Doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05987.x.
56. Boehmer U, Clark JA. Communication about prostate cancer between men and their wives. *J Fam Pract* 2001;50:226–31.
57. Manne S, Babb J, Pinover W, Horwitz E, Ebbert J. Psychoeducational group intervention for wives of men with prostate cancer. *Psychooncology* 2004;13:37–46. Doi:10.1002/pon.724.
58. McCaughan E, Prue G, McSorley O, Northouse L, Schafenacker A, Parahoo K. A randomized controlled trial of a self-management psychosocial intervention for men with prostate cancer and their partners: a study protocol. *J Adv Nurs* 2013. Doi:10.1111/jan.12132.
59. Couper J, Bloch S, Love A, Macvean M, Duchesne G.M, Kissane D. Psychosocial adjustment of female partners of men with prostate cancer. Review of literature. *Psychooncology* 2006;15:937–53. Doi:10.1002/pon.1031.
60. Northouse LL, Mood DW, Schafenacker A, Montie JE, Sandler HM, Forman JD, et al. Randomized clinical trial of a family intervention for prostate cancer patients and their spouses. *Cancer* 2007;110:2809–18.
61. Mason TM. Information needs of wives of men following prostatectomy. *Oncol Nurs Forum* 2005;32:557–63. Doi:10.1188-05.ONF.
62. Ezer H, Rigol Chachamovich J.L, Chachamovich E. Do men and their wives see it the same way? Congruence within couples during the first year of prostate cancer. *Psychooncology* 2011;20:155–64. Doi:10.1002/pon.1724.

63. Sanders S, Pedro LW, Bantum EO, Galbraith ME. Couples surviving prostate cancer: Long term intimacy needs and concerns following treatment. *Clin J Oncol Nurs* 2006;10:503–8.
64. Manne S, Badr H, Zaider T, Nelson C, Kissane D. Cancer-related communication, relationship intimacy and psychological distress among couples coping with localized prostate cancer. *J Cancer Surviv* 2010;4:74–85.
65. Dunn J, Steginga SK, Occhipinti S, McCaffrey J, Collins DM. Men's preferences for sources of information about and support for cancer. *J Cancer Educ* 1999;14:238–42.
66. Cockle-Hearne J, Faithfull S. Self-management for men surviving prostate cancer: A review of behavioural and psychosocial interventions to understand what strategies can work, for whom and in what circumstances. *Psychooncology* 2010;19:909–22. Doi:10.1002/pon.1657.
67. Tamres LK, Janicki D, Helgeson VS. Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Percept Soc Psychol Rev* 2002;6:2–30.
68. Cho D, Park CL, Blank TO. Emotional approach coping: gender differences on psychological adjustment in young to middle-aged cancer survivors. *Psychol Health* 2013;28:874–94. Doi:10.1080/08870446.2012.762979.
69. Rehse B, Pukrop R. Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: Metaanalysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Educ Couns* 2003;50:179–86.
70. Andersen BL. Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:552–68. Doi: 10.1037//0022-006X.60.4.552
71. Meyer TJ, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: A meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol* 1995;14:101–8. Doi: 10.1037//0278-6133.14.2.101
72. Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:558–84.
73. Weis J. Support groups for cancer patients. *Support Care Cancer* 2003;11:763–8. Doi:10.1007/s0020-003-0536-7.
74. Weber BA, Sherwill-Navarro P. Psychosocial consequences of prostate cancer: 30 years of research. *Geriatr Nurs* 2005;26:166–75.
75. Ruddy R, House A. Psychosocial interventions for conversion disorder. *Cochrane Database of Syst Rev* 2009;1:1-27.
76. Berglund G, Petersson LM, Eriksson KC, Wallenius I, Roshanai A, Nordin KM, et al. 'Between Men': A psychosocial rehabilitation programme for men with prostate cancer. *Acta Oncol* 2007;46:83–9. Doi:10.1080/02841860600857326.
77. Mishel MH, Germino BB, Belyea M, Stewart JL, Barley DE, Mohler J, et al. Moderators of an uncertainty management intervention for men with localised cancer. *Nurs Res* 2003;52:89–97.
78. Scura KW, Budin W, Garfing E. Telephone social support and education for adaptation to prostate cancer: A pilot study. *Oncol Nurs Forum* 2004;31:335–8.
79. Carmack CL, Demoor C, Smith MA, Dunn AL, Basen-Engquist K, Nielsen I, et al. Active for life after cancer: A randomized trial examining a lifestyle physical activity program for prostate cancer patients. *Psychooncology* 2006;15:847–62. Doi:10.1002/pon.1023.
80. Parahoo K, McCaughan E, Noyes J, McDonough S. Psychosocial interventions for men with prostate cancer. *Cochrane Database of Syst Rev* 2013;4:1-7. Doi: 10.1002/14651858.
81. Traeger L., Penedo FJ, Benedict C, Dahn JR, Lechner SC, Schneiderman N, et al. Identifying how and for whom cognitive-

- behavioral stress management improves emotional well-being among recent prostate cancer survivors. *Psychooncology* 2013;22:250–9. Doi:10.1002/pon.2074.
82. Penedo FJ, Dahn JR, Molton I, González JS, Kinsinger D, Ross BA, et al. Cognitive behavioral stress management improves stress-management skills and quality of life in men recovering from treatment of prostate cancer. *Cancer* 2004;100:192–200. Doi:10.1002/cncr.11894.
83. Penedo FJ, Molton I, Dahn JR, Shen BJ, Kinsinger D, Traeger L, et al. A randomized clinical trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: Development of stress management skills improves quality of life and benefit finding. *Ann Behav Med* 2006;31:261–70. Doi: 10.1207/s15324796abm3103\_8
84. Molton IR, Siegel SD, Penedo FJ, Dahn JR, Kinsinger D, Traeger LN, et al. Promoting recovery of sexual functioning after radical prostatectomy with group-based stress management: The role of interpersonal sensitivity. *J Psychosom Res* 2008;64:527–36. Doi:10.1016/j.jpsychores.2008.01.004.
85. Giesler RB, Given B, Given CW, Rawl S, Monahan P, Burns D, et al. Improving the quality of life of patients with prostate carcinoma. A randomized trial testing the efficacy of a nurse-driven intervention. *Cancer* 2005;104:752–62. Doi: 10.1002/cncr.21231.
86. Penedo FJ, Traeger L, Dahn J, Molton I, Gonzalez JS, Schneiderman N, et al. Cognitive behavioral stress management intervention improves quality of life in Spanish monolingual hispanic men treated for localized prostate cancer: Results of a randomized controlled trial. *Int J Behav Med* 2007;14:164-72. Doi: 10.1007/BF03000188
87. Perchon FG, Palma CR, Magna LA, Dambros M. Terapia grupal de comportamiento mejora la calidad de vida en hombres post prostatectomía radical. *Actas Urol Esp* 2008;32:686-90.
88. Wallace M. Uncertainty and quality of life of older men who undergo watchful waiting for prostate cancer. *Oncol Nurs Forum* 2003;30:303-9. Doi:10.1188/03.ONF.
89. Bailey DE, Mishel MH, Belyea M, Stewart JL, Mohler J. Uncertainty intervention for watchful waiting in prostate cancer. *Cancer Nurs* 2004;27:339-46.
90. Lepore SJ, Helgeson VS, Eton DT, Shulz R. Improving quality of life in men with prostate cancer: A randomized controlled trial of group education interventions. *Health Psychol* 2003;22:443-52. Doi:10.1037/0278-6133.22.5.443.
91. Hegelson VS, Lepore SJ, Eton DT. Moderators of benefit of psychoeducational interventions for men with prostate cancer. *Health Psychol* 2006;25:348-54. Doi:10.1037/0278-6133.25.3.348.

