

EL CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA ACTUALIDAD

Belén Fernández*, Carolina Pascual* y José Ángel García**

*Asociación Española Contra el Cáncer

**Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico San Carlos.

Resumen

El cáncer de próstata es la tercera causa de muerte en varones en España. Sin embargo, en la actualidad muchos de los pacientes se diagnostican en estadios iniciales de la enfermedad, lo que aumenta las posibilidades de curación. Esto hace que cada vez sea mayor el número de hombres diagnosticados y tratados de cáncer de próstata que viven muchos años, por lo que cobra especial importancia la influencia que los efectos secundarios del tratamiento de este tipo de tumores, fundamentalmente la incontinencia urinaria y la impotencia sexual, tienen en la calidad de vida de estos pacientes.

En el presente trabajo y tras revisar la bibliografía disponible se realiza una exposición de la situación de los pacientes de cáncer de próstata en lo que se refiere a su adaptación a la enfermedad y a las necesidades psicosociales derivadas de la enfermedad.

Palabras clave: próstata, anciano, incontinencia, impotencia, apoyo psicosocial.

Abstract

In Spain, prostate cancer is the third cause of death among men. However, nowadays many patients are diagnosed in initial stages of the disease, which increases treatment possibilities. This raises the number of men that live many years being diagnosed and treated for this disease, reason why the influence that treatment indirect effects, fundamentally urinary incontinence and sexual impotence, have in quality of life has become specially important.

In the present work, after reviewing the available bibliography, we have made an analysis of prostate cancer patients situation related to their adaptation to disease and psycho-social needs.

Key words: prostate, elder, incontinence, impotence, psychosocial support.

EPIDEMIOLOGIA Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

El carcinoma de próstata es un tumor que se presenta en hombres mayores y que frecuentemente responde a tratamiento, aun cuando está generalizado, y puede curarse cuando está localizado. Representa el 3% de todas las muertes en varones mayores de 55 años. En Estados Unidos es la segunda causa de muerte por cáncer en varones⁽¹⁾.

En España, al igual que en la Unión Europea, el cáncer de próstata es la tercera

causa de muerte en varones. En el año 2000, murieron en nuestro país 5.448 pacientes⁽²⁾.

A pesar de que en España no exista un registro nacional sobre la incidencia del cáncer de próstata, las estimaciones realizadas revelan que ocuparía el tercer lugar en nuestro país, después del cáncer de pulmón y el cáncer colorrectal^(2,3).

Este tipo de cáncer ha registrado un progresivo aumento de su incidencia en los últimos 25 años. El aumento reciente del número de casos de cáncer de próstata fundamentalmente en Europa, se debe a diferentes factores: aumento de la edad media de la población, mejora en la atención sanitaria, campañas de diagnóstico precoz, amplio uso de la determinación del PSA (Prostate Specific Antigen) y avances en las técnicas de imagen.

Correspondencia:

Belén Fernández
Asociación Española Contra el Cáncer
C/ Amador de los Ríos, 5. 28010 Madrid.
E-mail: belen.fernandez@aecc.es

Esto hace que, a diferencia de lo que ocurría hace unos años, en la actualidad muchos de los pacientes se diagnostiquen en estadios iniciales de la enfermedad, lo que aumenta la posibilidad de curación y abre el abanico a nuevas opciones de tratamiento. A pesar de su alta incidencia todavía resultan controvertidos los programas de detección, la evaluación más apropiada para su clasificación y el tratamiento óptimo para cada estadio de la enfermedad⁽⁴⁾.

La selección terapéutica para el cáncer de próstata debe de individualizarse en función de la edad del paciente, la presencia de patología médica concomitante, el valor del PSA y el grado histológico del tumor. Abarca desde diferentes tipos de cirugía a radioterapia externa e interna, crioterapia, hormonoterapia y quimioterapia. Otra opción más en el tratamiento del cáncer de próstata es la de no hacer ninguna actuación de manera inmediata. Esto se conoce como observación y vigilancia, que puede estar indicada en determinados casos, particularmente en personas muy mayores con comorbilidad asociada o con tumores muy pequeños y bien diferenciados⁽⁵⁾.

La cirugía está indicada en pacientes menores de 70 años, con buen estado general y con tumores pequeños confinados exclusivamente en la glándula (T1 o T2). **La prostatectomía radical** consiste en la extirpación de la próstata por vía anterior perineal o por vía transrectal retropúbica. Previamente se habrá realizado una estadificación quirúrgica mediante una linfadenectomía no es terapéutico, sino pronóstico, de tal forma que no debe realizarse cirugía radical si los ganglios son metastáticos, con lo que evitaremos la morbilidad quirúrgica de una prostatectomía no indicada.

Los principales efectos secundarios no deseados de la prostatectomía radical son la aparición de impotencia sexual (entre 30 y 100% de los casos, según las diferentes publicaciones) e incontinencia urinaria (entre 0,5 y 8%). Estos efectos secundarios suelen ser temporales, aunque en algunos casos pueden ser permanentes⁽⁶⁾.

La resección transuretral consiste en la extirpación del tumor a través de la uretra. Esta operación a veces se utiliza para aliviar los síntomas causados por el tumor antes de aplicar otro tratamiento o en los pacientes en los que no está indicada la prostatectomía radical.

La **crioterapia** es un tratamiento basado en la congelación intermitente de las células. Mediante el empleo de gases se produce el enfriamiento y congelación del tejido prostático con la consiguiente destrucción de las células cancerosas. Es un tratamiento de instauración reciente, no se conocen sus resultados a largo plazo y sus indicaciones no están claramente establecidas. Los efectos adversos de impotencia e incontinencia actualmente son más frecuentes que con la cirugía o radioterapia. Además, los pacientes presentan en numerosas ocasiones dolor pélvico⁽⁷⁾.

La **radioterapia**, al igual que la prostatectomía radical, se puede utilizar como tratamiento curativo en pacientes con cáncer localizado dentro de la próstata (estadio T1-T2), aunque también es útil en los pacientes en los que el tumor se ha extendido a los tejidos vecinos (T3), en los que la cirugía ya no está indicada. También puede ser útil como tratamiento paliativo en pacientes con complicaciones producidas por metástasis óseas, como dolor o compresión medular⁽⁸⁾. La radioterapia puede administrarse con haz externo o a través de braquiterapia (radioterapia interna)^(9,10).

Presenta ciertas ventajas sobre la cirugía, ya que raramente produce incontinencia y la posibilidad de impotencia sexual es menos frecuente que con la cirugía. Los diferentes tipos de radioterapia producen diferentes efectos adversos.

La braquiterapia suele producir una molestia con enrojecimiento y hematoma en la zona del periné (entre el escroto y el ano) tras la realización del implante, que suele desaparecer pasados 7-10 días. Los primeros días suelen aparecer síntomas como alteraciones urinarias, escozor y dificultad para vaciar la vejiga, que desaparecen de 1 a 3 meses después del implante, por lo general sin necesidad de tratamien-

to. Con menos frecuencia pueden aparecer otros efectos como la hematuria (sangre en la orina) y hematospermia (sangre en el semen). Por lo general, todos estos síntomas desaparecen antes de los tres primeros meses de tratamiento.

El grado de afectación de la potencia sexual depende de la edad y de la situación previa del paciente. Durante los dos primeros años el porcentaje de pacientes que conserva la potencia es muy alto. Con el tiempo desciende de forma poco predecible para cada paciente.

Los efectos crónicos son muy poco frecuentes y suelen aparecer pasados los primeros meses tras el implante.

Respecto a la radioterapia externa, además de la astenia habitual en todo tipo de tratamiento con radiaciones, aparecen otros efectos secundarios específicos derivados de la radiación sobre la pelvis. La irritación de la piel es un efecto poco frecuente con las técnicas actuales, aunque puede aparecer en la zona de tratamiento. Desaparecerá uno o dos meses tras finalizar la terapia. Los síntomas más frecuentes suelen ser la sensación de ardor y escozor durante la micción (disuria) y la necesidad de orinar muy frecuentemente, generalmente pequeñas cantidades de orina (polaquiuria). En la proctitis radical el recto se inflama y puede sangrar ocasionalmente y provocar molestias y dolor durante la deposición.

Todos estos síntomas suelen aparecer durante la segunda o tercera semana de tratamiento y por lo general son transitorios, desapareciendo en unas semanas tras la finalización del mismo, aunque en ocasiones pueden cronificarse.

El tratamiento hormonal es el pilar terapéutico en los pacientes en los que el tumor se ha extendido a zonas lejanas a la próstata, como los huesos o el hígado. En este estadio, la enfermedad es incurable, pero se consiguen sorprendentes y largas remisiones con hormonoterapia⁽¹¹⁾. Este tratamiento consiste en la castración quirúrgica o médica: mediante la extirpación de los testículos (orquiectomía) o mediante supresión continua de andrógenos mediante los

análogos de las hormonas que liberan las gonadotropinas. Con el tiempo el tumor progresa y pueden ser necesarias otras alternativas endocrinas de segunda línea como inhibidores de suprarrenales, antiandrógenos, estrógenos o corticoides. Cuando el tratamiento deja de ser efectivo se dice que el tumor se ha hecho hormono-resistente o andrógeno-independiente.

El tratamiento hormonal también se utiliza antes de la radioterapia o cirugía para reducir el tamaño del tumor. En el caso de la radioterapia, su utilidad ha sido demostrada, mientras que en el caso de la cirugía, existen discrepancias al respecto.

Los efectos indeseables de este tipo de tratamiento son el aumento del peso, desarrollo discreto de las mamas, fatiga o debilidad muscular, decaimiento, osteoporosis, sofocos de calor, impotencia y pérdida del apetito sexual.

La **terapia biológica o inmunoterapia** consiste en tratar de que el propio cuerpo combata el cáncer. Para ello se utilizan materiales producidos por el propio cuerpo, o síntesis idénticas de laboratorio para reforzar o restaurar las defensas naturales del cuerpo ante la enfermedad. Este tratamiento está en investigación y no es estándar en la actualidad.

La **quimioterapia** se utiliza como tratamiento paliativo en pacientes con cáncer de próstata hormonorefractario. En la actualidad se están desarrollando múltiples estudios dirigidos a buscar nuevos fármacos y o combinaciones de fármacos eficaces en el tratamiento de este tumor^(12,13).

Una opción más ante el cáncer de próstata es la **observación y vigilancia** que consiste en un seguimiento sin hacer ninguna otra actuación. Este tratamiento está basado en estudios que determinan que un 80% de los pacientes con cáncer de próstata de baja agresividad y muy localizado sobreviven más de diez años sin que medie ninguna actuación sobre el cáncer, debido al lento crecimiento de la enfermedad con estas características.

Como este tipo de cáncer frecuentemente aparece en la edad avanzada, en ciertos casos se plantea que quizá la actitud

más beneficiosa sea la de abstenerse de realizar tratamiento activo, evitando así la disminución en la calidad de vida por los efectos secundarios derivados del mismo⁽³⁾.

LOS EFECTOS SECUNDARIOS QUE GENERAN UNA MAYOR MALESTAR PSICOLÓGICO: LA INCONTINENCIA Y LOS TRASTORNOS SEXUALES

Tal y como hemos analizado anteriormente, la **incontinencia urinaria** y la **impotencia sexual** son dos de los principales efectos secundarios tras el tratamiento del cáncer de próstata.

Incontinencia urinaria

La pérdida involuntaria de la orina (incontinencia urinaria) ocurre entre un 5-15% de los enfermos generando una situación que afecta sensiblemente a la calidad de vida dependiendo del grado de incontinencia urinaria y de la vivencia de la misma⁽³⁾.

Como mencionamos anteriormente, después de una prostatectomía radical la presencia de incontinencia urinaria es frecuente en mayor o menor grado, mejorando con el paso del tiempo en la mayoría de los casos. La incontinencia puede mejorar hasta un año después de la operación, no recomendándose iniciar ningún tratamiento hasta que no haya transcurrido ese tiempo. Por tanto muchos pacientes sufren este trastorno durante un periodo de tiempo prolongado. Las primeras medidas que se suelen adoptar para mejorar la situación del enfermo son la restricción de líquidos y la realización de ejercicios destinados a fortalecer los músculos del suelo de la pelvis, ayudando a disminuir la incontinencia. La urgencia miccional puede mejorar mediante el empleo de algunos medicamentos que relajan la vejiga y disminuyen las contracciones involuntarias de la misma.

En aquellos casos en que las pérdidas son cuantiosas y ha transcurrido el tiempo suficiente como para considerar que es una

incontinencia establecida, se suelen plantear tratamientos para mejorarla o resolverla. Estos tratamientos consisten en intervenciones quirúrgicas que conllevan la inyección de sustancias como colágeno o silicona a través de la uretra en las proximidades del esfínter, produciendo el cierre parcial de ésta. Otra solución más compleja es la colocación de un esfínter artificial mediante un manguito alrededor de la uretra que al llenarse de líquido la cierra. Requiere al mismo tiempo dejar en la bolsa escrotal un dispositivo que permita vaciar a un reservorio el líquido del manguito para poder abrir la uretra y vaciar de orina la vejiga.

Muchos varones viven las posibles pérdidas de orina como una humillación y frecuentemente el temor a mancharse, oler o tener que llevar pañales les lleva a evitar los contactos sociales y al aislamiento.

Sexualidad y funcionamiento del rol

Por la localización tumoral, uno de los grandes miedos de los cánceres genitales masculinos es el manejo de la sexualidad; no es infrecuente la aparición de pensamientos en torno al contagio, la impotencia, la esterilidad, cómo acercarse a la pareja o cómo comunicarse con ella.

Sorprendentemente, se ha escrito y se ha investigado poco en relación con las potentes influencias sociales y psicológicas en la respuesta sexual de los hombres con cáncer genitourinario, si se compara con la abundante literatura acerca de las afectaciones del cáncer de mama y del cáncer ginecológico sobre la imagen corporal, la identidad sexual, el estado de ánimo y el funcionamiento sexual de la mujer.

En el caso de la cirugía, la pérdida de la función sexual es prácticamente inmediata, recuperándose lentamente, incluso hasta dos años después de la misma. La frecuencia con la que esta capacidad de erección se mantiene o recupera varía según la técnica empleada (entre un 40 y 60% cuando se preservan indemnes los nervios), siendo mayor este porcentaje cuanto menor es la edad del enfermo. Si no se preservan, la

práctica totalidad permanecen impotentes. Hay que tener presente que la preservación de los nervios de la erección no se puede hacer en todos los pacientes sometidos a prostatectomía radical.

La hormonoterapia produce un cambio en el equilibrio hormonal masculino. Es probable que el cuerpo del hombre sufra cambios, normalmente tenues, que le den un aspecto más femenino: desarrollo mamario, cambios en la textura de la piel, posible acumulación de grasas en las caderas y en los músculos. Estos cambios distorsionan la figura y le privan de sus elementos definitorios de masculinidad, lo que es vivido por el paciente con mucha ansiedad.

Una imagen corporal negativa causa ansiedad interpersonal y distanciamiento hacia los otros, por lo que los cambios en la imagen corporal como consecuencia de la terapéutica médica dificultan la aceptación de sí mismo.

Son frecuentes también respuestas de miedo a ser observado y pensar que todos los demás perciben y valoran negativamente los cambios que sufre en su imagen. Surgen con persistencia problemas en el área sexual, miedos a mostrar el cuerpo desnudo, respuestas de evitación y dificultades en el transcurso de la relación amorosa.

Sin embargo, y a pesar de las implicaciones que los tratamientos tienen en los pacientes con cáncer de próstata, aún es escaso el conocimiento que tenemos sobre la morbilidad psicológica y los trastornos emocionales y sociales asociados a este tipo de cáncer.

EDAD Y GÉNERO: DOS VARIABLES FUNDAMENTALES PARA ENTENDER LA SITUACIÓN ACTUAL CON RESPECTO AL CÁNCER DE PRÓSTATA

Dos variables resultan relevantes para entender las peculiaridades del cáncer de próstata y su tratamiento tanto desde un punto de vista médico como psicológico: la edad y el género de los pacientes.

Edad

El cáncer de próstata es considerado como una enfermedad del anciano, ya que el 75 % de los casos se producen en varones mayores de 65 años. Aunque actualmente la incidencia en varones más jóvenes ha crecido notablemente, esta patología sigue siendo considerada como "enfermedad del viejo" y existen numerosos prejuicios por parte de los médicos a la hora de tratar a un individuo de la tercera edad. Estos prejuicios se traducen en muchos casos en que los ancianos no reciben todos los beneficios de los programas asistenciales, ya sean de detección precoz, intervención psicológica, asistencia social, etc.

Con respecto a los servicios de detección precoz del cáncer en los ancianos debemos considerar una serie de características particularmente relevantes:

- La presencia de síntomas de diversas enfermedades crónicas pueden enmascarar las manifestaciones tempranas de las neoplasias malignas.
- En muchos casos, los ancianos no reciben todos los beneficios de los programas de detección precoz. Las razones que explican esta situación son variadas y se refieren tanto a aspectos sociopolíticos como a elementos culturales. Así, la insuficiencia de los sistemas de salud para cubrir las acciones diagnósticas de cribaje, la existencia de políticas de salud más centradas en la terapéutica que en la prevención, el aislamiento del individuo anciano y la inadecuada educación sanitaria pueden ser algunas de ellas.

Igualmente, es importante considerar que en el proceso de envejecimiento resultan más importantes los factores biológicos que el aspecto cronológico como tal, y por ello, la vejez tiene características particulares en cada individuo, lo cual debe tenerse en cuenta a la hora de evaluar el estado funcional de un anciano enfermo de cáncer.

Además, el paciente anciano presenta una serie de particularidades en relación con el tratamiento oncológico, que generan en la mayoría de los casos una tendencia a limitar el tratamiento en cuanto a extensión, intensidad y duración; a no emplear modalidades terapéuticas combinadas; y a ofrecer tratamientos modificados, derivados de los esquemas convencionales, los cuales han sido limitados en función de una serie de criterios objetivos y subjetivos ligados a la edad avanzada^(14,15).

En esta línea, el paciente de edad avanzada presenta una serie de rasgos en la estructura, organización y función de su organismo que pueden constituir un handicap en el tratamiento de la enfermedad:

- Los cambios psicológicos como los cuadros depresivos y disociativos, los estados sensoriales deficitarios, las pérdidas de memoria y las dificultades de concentración dificultan la disposición del paciente para un tratamiento oncológico cuya toxicidad sea considerable.
- El entorno social y el familiar pueden resultar desfavorables a la hora de afrontar el tratamiento de la enfermedad y su toxicidad. Los fenómenos de segregación familiar, la soledad y el abandono, la viudedad, la reclusión en instituciones para ancianos y otras situaciones similares, deben ser aliviadas y modificadas en función de las necesidades específicas de cada caso.
- El crecimiento y la diseminación del tumor son más lentos. Ello puede resultar enmascarado por la comorbilidad y la polifarmacia.
- La toxicidad de las drogas antineoplásicas se incrementan debido a los trastornos existentes en el hígado y el sistema urinario⁽¹⁶⁾.

Sin duda, la práctica oncológica no ha sido especialmente planificada considerando los principios y cuidados geriátricos. Resultaría necesario que los oncólogos y geriatras colaborasen en estudios prospec-

tivos y que los esfuerzos futuros sean más que una colaboración ocasional⁽¹⁷⁾.

La falta de información de los ancianos enfermos de cáncer sobre los recursos de ayuda a los que puede acceder y el hecho de que los profesionales sanitarios, médicos y psicólogos infravaloren sus necesidades psicosociales son barreras significativas a la hora de que los enfermos de cáncer de próstata puedan recibir los servicios de apoyo psicológico.

Género

La literatura nos muestra que los hombres con cáncer utilizan en menor medida que las mujeres los servicios de salud y los servicios de apoyo psicológico. En este sentido destacamos las conclusiones derivadas de dos estudios^(18,19), cuyo objetivo era conocer las barreras que pueden estar implicadas en esta menor utilización de los recursos por parte de los varones con cáncer de próstata.

Las principales conclusiones establecían que:

- Los hombres presentan menos probabilidad de buscar ayuda que las mujeres.
- Los hombres mayores son más reacios a realizar una evaluación psicológica y a admitir el *distress* emocional.
- Los profesionales sanitarios subestiman la morbilidad psicológica en varones con cáncer de próstata.
- Los pacientes con cáncer de próstata presentan un elevado desconocimiento sobre los recursos asistenciales disponibles.

Gray⁽²⁰⁾ presenta un estudio longitudinal realizado con 83 pacientes de cáncer de próstata sometidos a prostatectomía radical que son entrevistados en momentos previos a la cirugía, 8-10 semanas después de la intervención y 11-13 meses tras la cirugía. Los datos muestran que muchos pacientes con cáncer de próstata evitan revelar su enfermedad y subrayan la importancia de continuar con su vida normal.

Entre los factores asociados con las limitaciones a la hora de hablar sobre su enfermedad destacan:

- Una baja percepción de los pacientes de necesidad de ayuda.
- Miedo a ser estigmatizados.
- Necesidad de minimizar la amenaza de la enfermedad.
- Necesidad de satisfacer las tareas básicas en su lugar de trabajo de la misma forma que antes de la enfermedad.
- Deseo de evitar molestias a otros.

ESTADO ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA SOBRE EL CÁNCER DE PRÓSTATA

La bibliografía es escasa y las investigaciones realizadas en este ámbito son limitadas y no se refieren a población española. Sin embargo, presumiblemente motivado por el aumento del número de pacientes, en los últimos cuatro años ha comenzado a consolidarse la investigación respecto a las necesidades de atención psicológica en este tipo de cáncer.

Varios grupos de investigación están recientemente presentando resultados sobre sus estudios:

Un estudio australiano⁽²¹⁾ dirigido a evaluar las necesidades de apoyo en un total de 206 pacientes de cáncer de próstata que participan en un grupo de autoayuda, revela que este colectivo experimenta un amplio abanico de necesidades. En concreto, uno de cada tres pacientes informa de una moderada o elevada necesidad de ayuda en las siguientes áreas:

- Sexualidad
- Información sobre aspectos generales de la enfermedad y los tratamientos
- Manejo de miedo y emociones

Los pacientes más jóvenes expresaron más necesidades en el ámbito sexual. Aquellos que vivían en grandes núcleos urbanos mostraron más necesidades emocionales y de afrontamiento. Los que presentaban un

diagnóstico reciente expresaron un mayor número de necesidades en el funcionamiento físico y la vida diaria. El 55% de los sujetos habían utilizado en los 12 últimos meses alguna alternativa de tratamiento para solucionar sus problemas. Se observó que a menor edad y mayor nivel educativo existía más probabilidad de utilizar este tipo de terapias.

Otro estudio publicado en 2003⁽²²⁾ confirma que existe un número importante de necesidades no satisfechas, tanto en el área psicológica como de información. Los aspectos más citados fueron el miedo a que la enfermedad se extienda, expresado por el 44% de los varones, preocupación por el sufrimiento que la enfermedad causa en los seres queridos (43%) y preocupación por los cambios experimentados en la esfera sexual (41%). Este estudio, en el que participaron 210 pacientes con cáncer de próstata, concluye también que los pacientes que expresaron repercusiones más negativas en su calidad de vida fueron los mayores de 65 años, los diagnosticados en el último año y los que tenían enfermedad metastásica.

- En concreto el grupo de mayores de 65 años expresaron disminución en su actividad social, más dolor, más trastornos del sueño y más dificultades en el ámbito de la sexualidad.
- Los pacientes diagnosticados en el último año mostraban más fatiga, mayor frecuencia de micción, problemas de insomnio y sofocos.
- El grupo con enfermedad avanzada obtuvo puntuaciones más bajas en cuanto a calidad de vida y más altas en ansiedad y depresión.

Otro gran capítulo de estudio se centra en la investigación referente a los aspectos derivados de los tratamientos del cáncer de próstata.

Un estudio realizado por León y Casas en el Hospital Clínico de Barcelona en el año 2003 evalúa los síntomas que padecían los pacientes de cáncer de próstata así como el nivel de estrés generado por dichos síntomas. Según los datos recogidos, los

síntomas más frecuentes fueron las disfunciones sexuales (70%), problemas urinarios (65%), insomnio (53%), dolor, ansiedad y diarrea (41%).

Respecto a los síntomas que generan un mayor nivel de estrés se encontró que fueron: las disfunciones sexuales (70%), los problemas urinarios (35%) y la fatiga (35%). Por el contrario se minimiza la carga de estrés generada por el dolor (18%), el insomnio (12%) y la ansiedad (12%).

Los estudios actuales sobre intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer de próstata han encontrado evidencias sobre la eficacia de la intervención con grupos de pacientes con cáncer de próstata dirigidas a cubrir las necesidades informativas, emocionales y a minimizar el distress⁽²³⁻²⁵⁾.

Otros estudios recientes han mostrado también la eficacia de intervenciones psicoeducativas para mejorar la calidad de vida después del cáncer de próstata⁽²⁶⁾.

Dentro de este contexto, no todas las intervenciones terapéuticas realizadas en el ámbito del cáncer de próstata han resultado eficaces. En este sentido, destacar que no se ha evidenciado el efecto positivo de una propuesta de intervención psicoeducativa en grupo dirigida a esposas de varones con cáncer de próstata⁽²⁷⁾. Los resultados del estudio muestran que la intervención psicoeducativa no produjo cambios en los niveles de malestar psicológico, ni en las respuestas adaptativas a la enfermedad ni en los indicadores de crecimiento personal.

RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS PARA OPTIMIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA

A nuestro juicio, la situación anteriormente expuesta pone de manifiesto la necesidad de incidir en la atención e información que estos pacientes reciben con el fin de reducir en lo posible sus necesidades y mejorar en lo posible su calidad de vida.

- Es necesario **potenciar estudios de**

investigación dirigidos a conocer las necesidades psicológicas y sociales de los pacientes con cáncer de próstata en España, a quienes hasta ahora se ha prestado poca o nula atención en cuanto a su problemática psicosocial.

- Es necesario **plantear programas de atención ajustados a las características de este colectivo**. En este sentido, es relevante considerar los aspectos culturales y sociales relacionados con las variables género y edad.
- Los profesionales sanitarios que atienden a enfermos con cáncer de próstata deben considerar **los cambios en las capacidades cognoscitivas, sensoriales y emocionales así como el entorno social y familiar de los pacientes con edad avanzada** antes de tomar decisiones sobre el tratamiento.
- **No debe existir un umbral de edad para acceder a los recursos de ayuda**. La calidad de vida en el enfermo oncológico debe promoverse a cualquier edad; la intervención psicológica es factible en el anciano.
- Los profesionales que atienden a este colectivo deben **abandonar prejuicios e ideas preconcebidas que en numerosas ocasiones llevan a infravalorar los problemas psicológicos** derivados de la enfermedad y los tratamientos. Existen infinidad de mitos con respecto al funcionamiento sexual, relacional y afectivo de los ancianos que comprometen tanto a los profesionales como a los pacientes y sus familiares. Resulta fácil caer en el error de estereotipar a los pacientes según su edad sin tener en cuenta que la población geriátrica es un grupo heterogéneo y que no es fácilmente categorizable de acuerdo a su edad cronológica.
- En el contexto general de evaluación diagnóstica es imprescindible añadir a la valoración de las condiciones emocionales una **evaluación breve**

pero sistemática del funcionamiento sexual, desempeño, funcionamiento de rol y autoestima.

- Es necesaria una **formación del personal sanitario** en la detección de sintomatología ansiosa o depresiva tanto en adultos como en personas de la tercera edad así como entrenamiento y formación en técnicas de counselling que permita mejorar la comunicación entre personal médico y enfermos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Haas GP, Sakr WA. Epidemiology of prostate cancer. *Cancer J Clin* 1997;47(5):273-87
2. López-Abente G, Pollan M, Aragonés N, Perez Gómez B. Informe sobre la salud de los españoles. Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. 2003.
3. Eguino Villegas A, Fernández Crespo A, Fernández Sánchez B, García Álvarez G, Moreno Valle J, Pascual Fernández C. Cáncer de Próstata. Una guía práctica. Asociación Española contra el Cáncer, 2004.
4. Garnick MB. Prostate cancer: screening, diagnosis, and management. *Ann Intern Med* 1993; 118 (10): 804-18.
5. Johansson JE, Holmberg L, Johansson S, Bergstrom R, Adami HO. Fifteen-year survival in prostate cancer. A prospective, population-based study in Sweden. *JAMA* 1997; 277 (6): 467-71.
6. Yao SL, Lu-Yao G. Population-based study of relationships between hospital volume of prostatectomies, patient outcomes, and length of hospital stay. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91(22): 1950-6.
7. Shinohara K, Connolly JA, Presti JC Jr, Carroll P. Cryosurgical treatment of localized prostate cancer (stages T1 to T4): preliminary results. *J Urol* 1996;156 (1): 115-20.
8. Scher HI, Chung LW. Bone metastases: improving the therapeutic index. *Semin Oncol* 1994; 21 (5): 630-56.
9. del Regato JA, Trailins AH, Pittman DD. Twenty years follow-up of patients with inoperable cancer of the prostate (stage C) treated by radiotherapy: report of a national cooperative study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1993; 26 (2): 197-201.
10. Ragde H, Blasko JC, Grimm PD, Kenny G.M, Sylvester JE, Hoak DC, et al. Interstitial iodine-125 radiation without adjuvant therapy in the treatment of clinically localized prostate carcinoma. *Cancer* 1997; 80 (3): 442-53.
11. Seidenfeld J, Samson DJ, Aronson N, et al.: Relative effectiveness and cost-effectiveness of methods of androgen suppression in the treatment of advanced prostate cancer. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* (4): i-x, 1-246, 11-36, passim, 1999.
12. Petrylak DP, Tangen CM, Hussain MH, Lara PN, Jones JA, et al. Docetaxel and estramustine compared with mitoxantrone and prednisone for advanced refractory prostate cancer. *N Engl J Med* 2004; 351(15):1513-20.
13. Tannock IF, de Wit R, Berry WR, Horti J, Pluzanska A, et al. Docetaxel plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer. *N Engl J Med* 2004; 351(15):1502-12.
14. Newcomb PA, Carbone PP. Cancer treatment and age: patients perspectives. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85:1580-4.
15. Kennedy BJ. Needed: Clinical trails for older patients. *J Clin Oncol* 1991; 9: 718- 20.
16. Balducci L, Parker M, Sexton W, Tantrond P. Pharmacology of antineoplastic agents in elderly patients. *Semin Oncol* 1989; 16:28-33.
17. Soriano García JL, Carrillo Franco G, Arrebola Suárez JA, Martín García A. El cáncer en la tercera edad. *Revista Cubana de Oncología* 1995; 11(1).
18. Dunn J, Steginga SK, Occhipinti S, McCaffrey J, Collins DM. Men's preferences for sources of information about and support for cancer. *J Cancer Ed* 1999; 14: 238-42.
19. Kunkel E, Bakker J, Myers R, Oyesanmi O, Gomella LG. Biopsychosocial aspects of prostate cancer. *Psychosomatics* 2000; 41:85-94.
20. Gray RE, Fitch M, Phillis C, Labreque M, Fergus K. To tell or not to tell: Patterns of disclosure among men with prostate cancer. *Psycho-Oncology* 2000; 9: 273-82.

21. Steginga SK, Occhipinti J, Dunn RA, Gardiner P, Heathcote, Yaxley J. The supportive care needs of men with prostate cancer. *Psycho-Oncol* 2001; 10: 66-75.
22. 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.
23. Gray RE, Fitch M, Phillips C. Interviews with men with prostate cancer about their self-help group experience. *J Palliat Care* 1997; 13(1):15-21.
24. Gregoire I, Kalogeropoulos D, Corcos J. The effectiveness of a professionally led support group for men with prostate cancer. *Urol Nurs* 1997;17: 58-66.
25. Kaps EC, The role of the support group. *Us Too. Cancer* 1994;74:2188-9.
26. Lepore SJ, Helgeson, VS. Psychoeducational support group enhances quality of life after prostate cancer. *Cancer Res Ther Control* 1999; 8: 81-91.
27. Manne S, Babb J, Pinover W, Horwitz E, Ebbert J. Psychoeducational group intervention for wives of men with prostate cancer. *Psycho-Oncology* 2004; 13: 37-46.