



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Problemas psicológicos del paciente con cáncer de próstata:
una propuesta de intervención”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Claudia Verónica Patiño Canto

Directora: Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez

Dictaminadores: Mtra. María Cristina Bravo González

Mtra. Antonia Rentería Rodríguez



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS



A mi madre, por la compañía más grata, el consejo más certero y el amor más genuino, por las pláticas interminables, los momentos incomparables, por ser cómplice en todo momento de un sueño más.

A mi padre, bien dicen que los grandes momentos están contruidos por pequeñas acciones, tú me invitaste a pisar Iztacala por primera vez hace 20 años, gracias a ti descubrí un camino lleno de retos y satisfacciones.

A Iván por ser parte esencial de mi vida. Espero ser una guía, en cualquier camino que tomes, hoy y siempre.

A mis abuelitas, por su amor infinito, por su fe ciega en mí y esa calidez humana que siempre me contagian.

A Javier por compartirme su forma de ver el mundo, por caminar conmigo durante este proceso, escucharme y apoyarme incondicionalmente.

A la Mtra. Ana Leticia Becerra por demostrarme que profesionalismo, conocimiento, experiencia, excelencia y juventud pueden existir en una misma persona. Le estoy sumamente agradecida por todo su tiempo y esfuerzo dedicado en sus asesorías.

A las profesoras Cristina Bravo y Antonia Rentería gracias por ser excelentes docentes, por las horas dedicadas a compartir su conocimiento y tomarse el tiempo necesario para supervisar este trabajo.

A la UNAM por formar parte de mi crecimiento personal y profesional durante estos años.

ÍNDICE

Resumen	2
Introducción	3
Capítulo 1. Generalidades del cáncer de próstata	5
1.1 Anatomía y funcionamiento de la próstata.....	5
1.2 Enfermedades benignas y malignas de la próstata.....	6
1.3 ¿Qué es el cáncer de próstata?	9
1.4 Epidemiología.....	10
1.5 Factores de Riesgo.....	12
1.6 Síntomas.....	14
1.7 Pruebas diagnósticas.....	15
1.8 Grado Histopatológico y Estadios del Cáncer de Próstata.....	17
1.9 Tratamiento.....	19
Capítulo 2. Problemas Psicológicos del paciente con Cáncer de próstata	23
2.1 Ansiedad.....	25
2.2 Depresión.....	27
2.3 Estrés.....	29
2.4 Problemas Sexuales.....	32
2.5 ¿A qué tipo de problemas se enfrentan los pacientes con cáncer de próstata?	34
Capítulo 3. Intervenciones psicológicas Cognitivo Conductuales en el paciente con cáncer de próstata	38
3.1 La Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Definición y antecedentes.....	39
3.2 Terapia Cognitivo Conductual en el paciente oncológico.....	43
3.3 Aplicaciones de la TCC en pacientes con cáncer de próstata.....	49
Capítulo 4. Propuesta de intervención	56
Conclusiones	67
Referencias	70

RESUMEN

A nivel mundial el cáncer de próstata es considerado una de las tres neoplastias malignas más frecuentes en el sexo masculino. El diagnóstico de cáncer en estos hombres no solo compromete su salud física sino también la psicológica. Es por ello, que el objetivo de la presente investigación consistió en describir los principales problemas psicológicos en el paciente con cáncer de próstata y su manejo desde el enfoque de la terapia cognitivo conductual. A lo largo de la investigación fueron descritas las generalidades de este tipo de cáncer, la conceptualización e incidencia de los problemas psicológicos reportados, su manejo desde la terapia cognitivo conductual y finalmente, ante la necesidad de ampliar la investigación en la materia, se desarrolló una propuesta de intervención para disminuir los niveles de depresión y ansiedad en estos pacientes.

Palabras Clave: cáncer de próstata, ansiedad, depresión, terapia cognitivo conductual.

“Problemas psicológicos del paciente con cáncer de próstata: una propuesta de intervención”

Introducción

En México el cáncer de próstata (CaP) según el Instituto Nacional de Cancerología (INCan, 2011) es el tumor maligno más frecuente en el varón mayor de 50 años, representa en nuestro país la primer causa de muerte por cáncer del sexo masculino y se calcula que existe una tasa de mortalidad de 13 por cada 100,000 habitantes.

Se dice que el 25% de los casos de cáncer de próstata son asintomáticos, y el grupo de edad más afectado es el de mayor de 65 años, que el 70% de los hombres muere en su casa, y que algunas de las complicaciones más importantes son las metástasis óseas (INCan, 2011).

Por ello para la Secretaría de Salud o SSA (2001) es parte fundamental promover estilos de vida saludables, la prevención de riesgos, la detección oportuna de casos y la atención temprana de los enfermos.

Roesch et al. (2005) indican que las tasas de supervivencia en este tipo de cáncer son altas y prometedoras pues se calcula que aproximadamente menos del 20% de estos hombres, son los que morirán por la enfermedad y es el 93% quienes lograrán sobrevivir durante al menos 5 años después del diagnóstico, por lo que la calidad de vida se vuelve crucial para esta población.

Sin embargo, es un hecho que el diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus variaciones implica un fuerte impacto físico, psicológico, social y económico (Roesch et al., 2005). La experiencia de dolor (sobre todo en etapas avanzadas), visitas a hospitales, tratamientos costosos e invasivos, problemas de pareja y falta de información, son algunas de las situaciones que originan malestar e incertidumbre en estos hombres.

Lo anterior coloca al psicólogo ante un campo fértil en el cual intervenir como parte de un equipo multidisciplinario y contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente con CaP.

En la actualidad las terapias cognitivo conductuales han mostrado una evidencia consistente de cambios positivos en diferentes aspectos psicológicos y calidad de vida en pacientes oncológicos (Barraclough, 1999; Fernández, Pascual y García 2004; Vidal, 2008; Galindo et al. 2013; Oraá et al., 2013). Sin embargo, el beneficio de estas intervenciones en el caso de cáncer de próstata ha sido poco explorado y actualmente escaso en nuestro país.

Es por ello que el objetivo de la presente investigación radica en describir cuales son los principales problemas psicológicos del paciente con cáncer de próstata y su manejo desde el enfoque de la terapia cognitivo conductual.

Una vez señalada la temática general, se puntualiza el contenido específico por capítulo.

El primer capítulo se compondrá de información respecto a las generalidades médicas del cáncer de próstata.

En el capítulo dos se mencionarán los principales problemas psicológicos reportados en la literatura en el paciente con este tipo de cáncer en relación a su conceptualización e incidencia.

Respecto al capítulo tres se realizará una revisión breve de las intervenciones psicológicas en estos pacientes, desde el enfoque cognitivo conductual.

Finalmente se terminará con una propuesta de intervención en la materia desde el enfoque citado, dirigida a manejar la ansiedad y depresión en estos pacientes.

Capítulo 1. Generalidades del cáncer de próstata

1.1 Anatomía y funcionamiento de la próstata

La próstata es un órgano glandular fibromuscular, accesorio del aparato reproductor masculino (Figura 1), que rodea a la porción inicial de la uretra, a la que vierte sus secreciones. Se relaciona anatómicamente con otras estructuras como los conductos deferentes y las vesículas seminales. Tiene forma de pirámide invertida, se ubica debajo de la vejiga urinaria y delante del recto, se ha señalado que tiene el tamaño de una nuez en un adulto joven, su peso aproximado es de 20 gr y mide alrededor de 7 cm (Rodríguez, Baluja y Bermúdez, 2007).

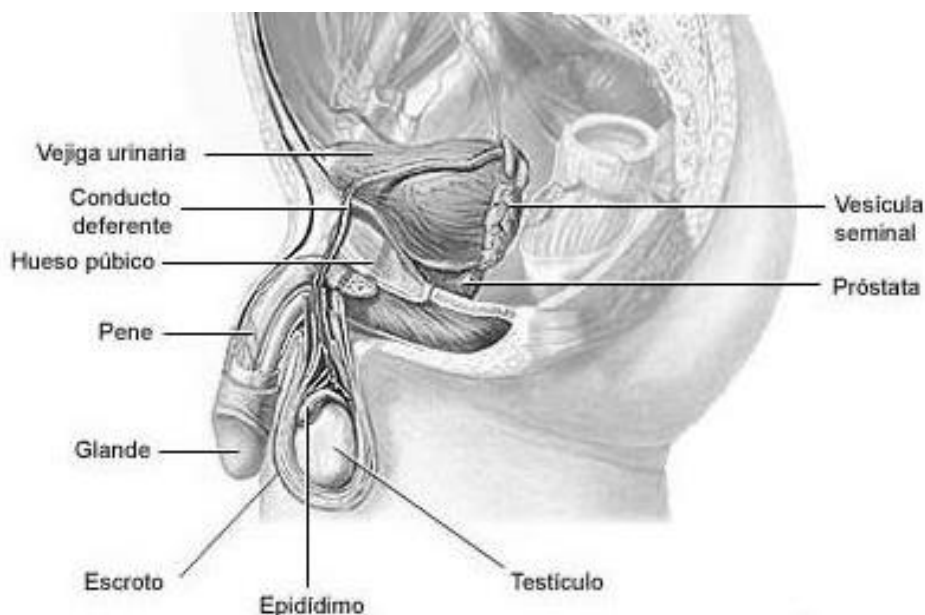


Figura 1. Aparato reproductor masculino. Glándula Prostática.

Fuente: Adaptada de Primeros Auxilios (2015). Importancia de los problemas de la próstata. Recuperado de <http://www.primerosauxilios.org/urologicas/importancia-de-los-problemas-de-prostata.php>

Dentro de sus principales funciones se encuentran el producir cierta cantidad del líquido que protege y nutre a los espermatozoides presentes en el semen (American

Cancer Society [ACS], 2012). También es reportado que tiene importancia en el control urinario (Rodríguez et al., 2007).

Su crecimiento es promovido por el aumento en hormonas masculinas (llamadas andrógenos) que hay en el cuerpo, como testosterona y dihidrotestosterona (DHT).

La testosterona, se produce en los testículos y es la enzima 5-alfa reductasa la encargada de transformarla en dihidrotestosterona, la hormona principal que le envía una señal a la próstata para que crezca (ACS, 2012).

El primer periodo de crecimiento importante de la próstata ocurre durante la pubertad temprana, momento en que la glándula dobla su tamaño. Posteriormente, alrededor de los 25 años comienza a crecer nuevamente, de ahí, su crecimiento se mantiene estable hasta la edad de 40 años etapa donde se producen cambios histológicos, en este periodo el crecimiento de esta glándula en algunas ocasiones puede ocasionar un bloqueo en la uretra y la vejiga causando dificultad al orinar y problemas sexuales dando lugar a una Hiperplasia Prostática Benigna o HBP (Rodríguez et al., 2007; Instituto de Enfermedades Prostáticas, 2007).

1.2 Enfermedades Benignas y Malignas de la próstata

La próstata puede presentar diferentes enfermedades. Dependiendo de la edad existe una mayor probabilidad en la incidencia de las mismas (como se muestra en la Tabla 1).

Tabla 1. Principales patologías de la próstata

Prostatitis	Hiperplasia Prostática Benigna o HPB	Cáncer de Próstata
Procesos de naturaleza infecciosa que afectan a la glándula prostática	Aumento benigno del tamaño de la glándula	Crecimiento anormal de las células de la glándula prostática con la capacidad de invadir otros órganos
2 ° a 4 ° década de la vida	4° a 6 ° década de la vida	6° década en adelante

Tabla 1. Principales patologías de la próstata (continuación)

Síntomas

-Dificultad para orinar	-Dificultad para iniciar el flujo de orina	- Dificultad para orinar
-Sensación de ardor o escozor o dolor al orinar		-Orinar con frecuencia, especialmente por la noche
-Necesidad frecuente de orinar, incluso cuando sólo hay una pequeña cantidad de orina	-Orinar con frecuencia, especialmente por la noche	-Chorro de orina débil o interrumpido
-Escalofríos y fiebre alta	-Sensación de que la vejiga no se ha vaciado por completo	
-Dolor de espalda baja o dolores en el cuerpo		-Dolor o ardor al pasar la orina
-Dolor en el bajo vientre, ingle, o detrás del escroto	-Impulso fuerte o repentino de orinar	-Sangre en la orina o semen
-Presión rectal o dolor		-Eyaculación dolorosa
-Secreción uretral con las deposiciones genital y rectal palpitante	-Chorro de orina débil o lento	
-Problemas sexuales y pérdida del deseo sexual	-Detener y comenzar de nuevo varias veces al orinar	-Dolor persistente en la cadera, espalda o pelvis
-Eyaculación dolorosa	-Empujar o hacer esfuerzos para comenzar a orinar	

Fuente: Adaptado de Rodríguez, Baluja y Bermúdez. (2007). Patologías benignas de la próstata: prostatitis e hiperplasia benigna. Recuperado de: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb071816.pdf>

Para la Secretaría de Salud (2001) dentro de la próstata fundamentalmente se distinguen 3 zonas (Figura 2).

- **La zona central:** Cruzada por los conductos eyaculadores supone un 25% de la glándula. En esta zona se desarrollan solo un 8% de los cánceres.
- **La zona transicional:** Rodea a la uretra posterior con un 5% del volumen glandular. Es aquí donde se presentan mayoritariamente los casos de HPB y un 24% de los casos de cáncer.
- **La zona periférica:** Ocupa un 70% del volumen glandular. Se localizan en un 68% los casos de cáncer.

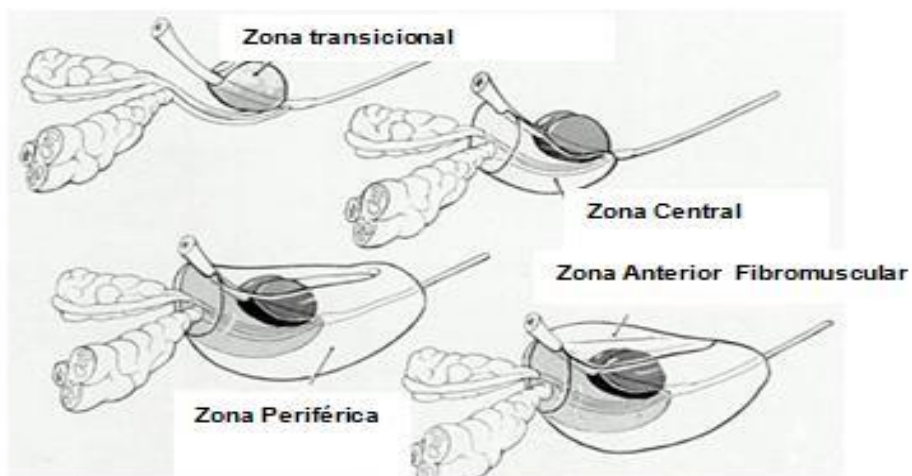


Figura 2. Principales zonas de la glándula prostática.

Fuente: Adaptado de: Instituto da Próstata e Incontinência Urinária (s/a). Anatomía da Próstata.
 Recuperado de: <http://institudoprostata.com/prostata/anatomia-da-prostata/>

Para Rodríguez et al. (2007) las características anatómicas de la próstata propician que todos los cambios y procesos patológicos tanto benignos como malignos que se produzcan en esta glándula provoquen alteraciones más o menos notables en la micción.

Son muy comunes los problemas de la próstata después de los 50 años. Sin embargo, en la actualidad es poca la información que la población en general tiene respecto a esta glándula, inclusive en la población masculina, lo que se traduce a un posible riesgo en identificar estas enfermedades en etapas, muy avanzadas. Lo anterior debe de cambiar debido a que una enfermedad silenciosa como el CaP en gran medida se puede prevenir.

1.3 ¿Qué es el cáncer de próstata?

El término “cáncer” es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. El cáncer es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.

El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen (ACS, 2012; SSA, 2001) (Figura 3).

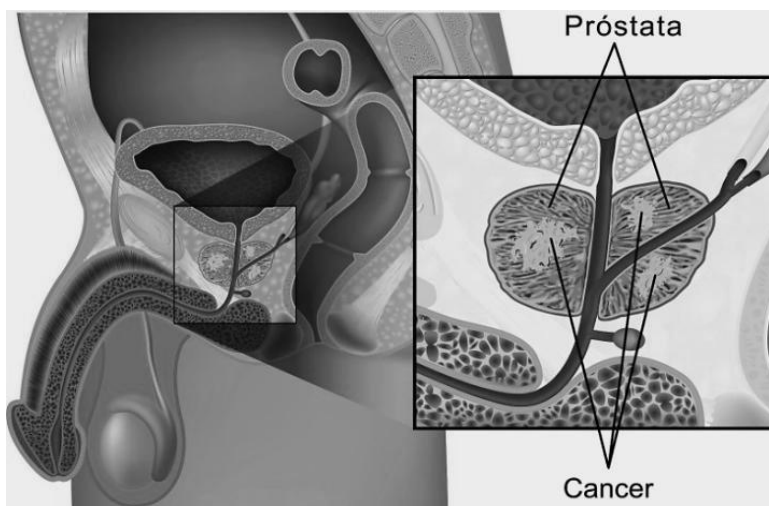


Figura 3. Cáncer de Próstata.

Fuente: Adaptado de Infirmus (2015).Cáncer de próstata. Recuperado de: <http://www.infirmus.es/prostata-cancer-de/>

El tipo de cáncer que comienza en una estructura glandular es denominado adenocarcinoma.

Se dice que otros tipos de cáncer también se pueden originar en la glándula prostática, incluyendo sarcomas, carcinomas de células pequeñas, tumores neuroendocrinos pero estos tipos de cáncer de próstata no son frecuentes (ACS, 2012).

El cáncer de próstata se presenta principalmente en hombres mayores de 50 años, este tipo de cáncer ha ido adquiriendo importancia en el sector salud debido a su incidencia y factores como el envejecimiento de la población (SSA, 2001).

La edad media del diagnóstico es a los 70 años. Algunas características distintivas señaladas por el Ministerio de Salud del gobierno de Chile (2010) indican que en estudios de autopsia se ha encontrado una alta incidencia de CaP en más del 70% de los hombres en la octava década de la vida.

Así mismo se estima que un cáncer localizado tardará más de 5 años en expandirse a otras partes del cuerpo (metástasis) y más de 10 en provocar la muerte del enfermo por esta causa. Dentro de un buen panorama médico se ha presentado una alta tasa de respuesta a tratamiento hormonal, incluso en etapas avanzadas.

1.4 Epidemiología

El cáncer de próstata es considerado una de las tres neoplasias malignas más frecuentes en el sexo masculino en todo el mundo y en nuestro país (International Agency for Research on Cancer, 2012).

Se estima que en el año 2000 había en el mundo 1,555 000 casos. En Europa constituye aproximadamente el 11% de las neoplasias en hombres, pues durante el año 2006 unos 338,500 varones fueron diagnosticados (Ministerio de Sanidad y Consumo Gobierno de España, 2008).

En el continente americano, México ocupa el lugar número 16 en la lista de países con mayor incidencia de CaP. El país número uno es Estados Unidos de América con alrededor de 233,100 casos (International Agency for Research on Cancer, 2012).

En nuestro país, el número de muertes estimadas por cáncer en hombres de todas las edades fue de 65,540 durante el año 2012, siendo los principales tipos de cáncer el de próstata, pulmón, colon y recto, y estómago respectivamente (Figura 4).

Incidencia de cáncer en sexo masculino en México en todas las edades

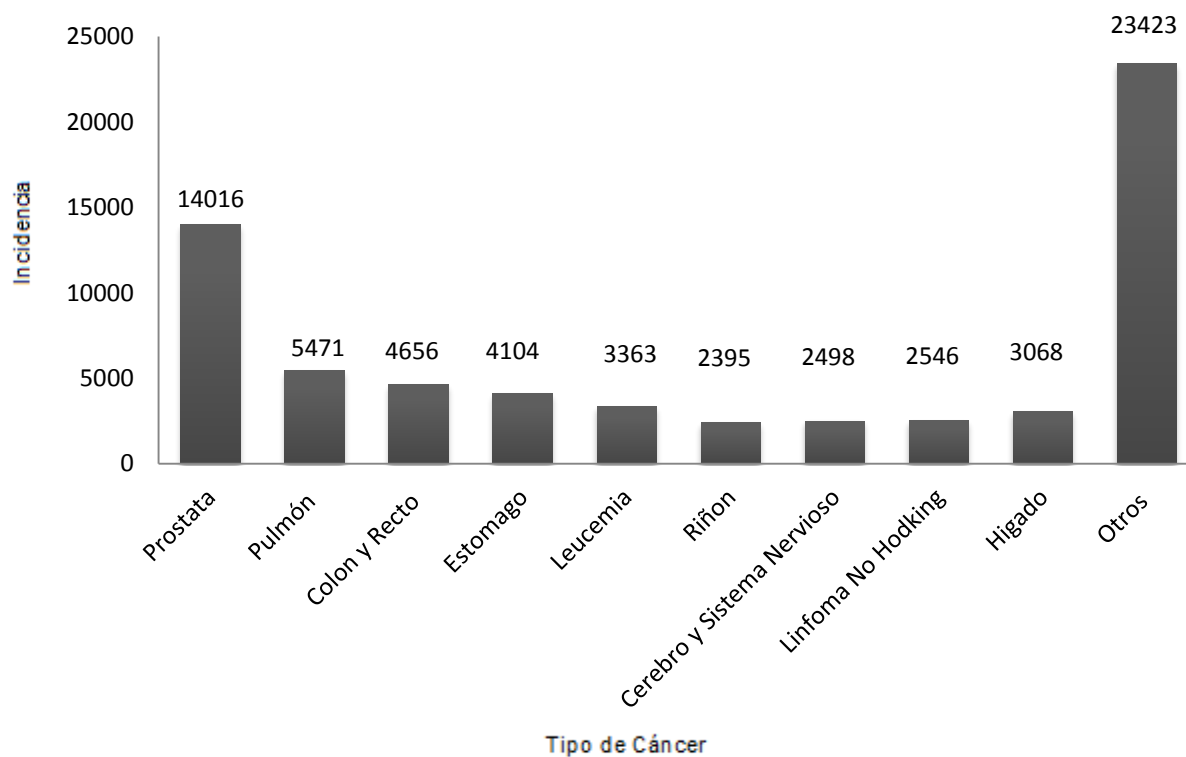


Figura 4. Número estimado de casos de cáncer en México en el sexo masculino de todas las edades en el año 2012.

Fuente: Adaptada de: International Agency for Research Cancer (2012). GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence World Wide 2012. Recuperado de: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

Hoy en día se calcula que son aproximadamente 14,892 hombres mexicanos los que padecen cáncer de próstata, de los cuales 6,801 morirán por dicha enfermedad. Haciendo un cálculo en el número de casos con CaP en el país, en el año 2025 la cantidad de nuevos casos será de 21,813 y para 2035 esto aumentará a 31,152 hombres mexicanos (Tabla 2) (International Agency for Research on Cancer, 2012).

Tabla 2. Número estimado de casos con cáncer de próstata

Año	Nuevos casos	Edad		Mortalidad	Edad	
		<65	>=65		<65	>=65
2015	14,892	6,77	8,119	6,801	679	6,122
2025	21,813	9,248	12,565	10,424	902	9,522
2035	31,152	12,254	18,988	15,893	1,272	14,711

Fuente: Adaptada de International Agency for research cancer (2012). GLOBOCAN 2012: Estimaded Cancer Incidence, Mortality and Prevalence World Wide 2012. Recuperado de: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

Para el Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España (2008) el aumento en la prevalencia del cáncer de próstata, y la tendencia a que esto continúe se debe principalmente a factores, como:

- La detección de un mayor número de casos en fases más precoces de la enfermedad
- El aumento de la supervivencia gracias a mejoras diagnósticas y terapéuticas
- Una mayor esperanza de vida de la población

1.5 Factores de Riesgo

Según los Institutos Nacionales de la Salud e Instituto Nacional del Cáncer de EE. UU. (2007) se han identificado algunos de los principales factores de riesgo asociados al cáncer de próstata, aunque siguen siendo desconocidas las causas exactas de su origen.

Uno de los factores de riesgo más importantes es la edad, ser mayor de 45 años.

Los antecedentes familiares, si el padre o algún hermano lo ha presentado anteriormente la probabilidad se incrementa, hasta 3 veces más (Álvarez, Escudero y Hernández, 2008).

Heidenreich et al. (2010) indican que cuando un familiar de primer grado padece CaP, se duplica el riesgo como mínimo. Cuando dos o más familiares de primer grado se encuentran afectados, el riesgo aumenta entre 5 y 11 veces.

Se ha documentado que el cáncer de próstata es más común en hombres afroamericanos que en hombres blancos, incluyendo hombres blancos hispanos. Es menos común en hombres asiáticos o en indígenas americanos por lo que la raza también es un factor que coloca en vulnerabilidad.

Sotelo et al. (2015) indican que la acción hormonal es sin duda, otro factor desencadenante de la enfermedad, pues se ha observado que los hombres que sufren de una insuficiencia de la glándula pituitaria, hombres a los que se les han eliminado sus testículos, o aquellos que sufren de un problema hormonal que disminuye los niveles de andrógenos son menos propensos a desarrollar este tipo de cáncer. Del mismo modo, la aparición de esta enfermedad en los jóvenes se ha relacionado con el uso de testosterona.

Finalmente la dieta se encuentra en los aspectos a atender en relación con este tipo de enfermedad, pues algunos estudios sugieren (Sotelo et al., 2015) que los hombres que tienen una dieta alta en grasa animal, carne y embutidos pueden tener un riesgo mayor de presentar cáncer de próstata.

Para Sotelo et al. (2015) el selenio, la vitamina E, así como los isoflavonoides encontrados en varios productos alimenticios podrán servir para prevenir el cáncer de próstata, sin embargo la evidencia no ha sido concluyente.

La SSA (2001) menciona que la mayor producción de vitamina D ante la exposición a la radiación solar parece tener un efecto protector. También que el aceite de soya es un protector ya que se transforma en un estrógeno débil.

Carballido (1998) indica que existe otro factor destacado el carácter migracional de la enfermedad, ya que al parecer se ha presentado una mayor incidencia de cánceres de próstata en generaciones de inmigrantes a países con mayor desarrollo tecnológico e industrial.

Otros aspectos como la Hiperplasia Próstática Benigna, la obesidad, el fumar, un virus transmitido sexualmente, la vasectomía o la falta de ejercicio pueden aumentar el

riesgo de cáncer de próstata. Por ahora, estos no son factores de riesgo y han sido postulados pero no demostrados fehacientemente (Álvarez et al., 2008).

Para la ACS (2012) son solamente el aumento de la edad y los antecedentes familiares de la enfermedad los únicos factores de riesgo bien establecidos en el caso de cáncer de próstata.

1.6 Síntomas

Para la SSA (2001) en general los cánceres de próstata son silenciosos, crecen lentamente, invaden primero la cápsula prostática, luego ganglios pelvianos y dan metástasis principalmente al hueso. Dando solo sintomatología obstructiva. Otros sitios frecuentes de metástasis son la columna sacra, crestas ilíacas, columna lumbar, columna dorsal y cráneo.

El que no se presenten síntomas ocurre porque la mayoría de los tumores crecen en la zona periférica de la próstata, es decir, lejos de la uretra, por lo que puede seguir creciendo sin causar ninguna molestia. Mientras que, cuando el tumor crece cerca de la uretra o el cuello de la vejiga, entonces puede causar síntomas de irritación u obstrucción. El cáncer de próstata con invasión local puede crecer y afectar a la vejiga, ocluir el vaciado de la orina desde ambos riñones, lo que lleva a la obstrucción total y la insuficiencia renal (Sotelo et al. 2015).

Según la ACS (2015) en los cánceres de próstata más avanzados pueden presentarse síntomas como problemas al orinar, incluyendo un flujo urinario lento o debilitado o necesidad de orinar con más frecuencia, especialmente de noche, sangre en la orina, dificultad para lograr una erección, dolor en las caderas, la espalda, el tórax u otras áreas debido a la propagación del cáncer a los huesos, debilidad o adormecimiento de las piernas o los pies, o incluso pérdida del control de la vejiga o los intestinos debido a que el cáncer causa presión en la médula espinal.

El Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de los Estados Nacionales de Salud de EE. U.U. (2014) agrega la falta de aire, sensación de mucho cansancio, latidos rápidos del corazón, mareo o piel pálida a causa de anemia, lo anterior en las etapas más avanzadas de la enfermedad.

1.7 Pruebas Diagnósticas

Hasta este punto se ha indicado ya la definición de la enfermedad, la epidemiología internacional y nacional respecto a este tipo de cáncer, la sintomatología que implica y los principales factores de riesgo asociados sin embargo, ¿Qué hay sobre el diagnóstico? es decir; ¿Cuáles son las principales herramientas que utiliza el personal médico para identificar la presencia de la neoplasia en el organismo?.

Para Heidenreich et al. (2009) las herramientas diagnósticas más utilizadas son la concentración sérica de Antígeno Prostático Específico (PSA), el tacto rectal y las biopsias prostáticas transrectales eco dirigidas.

En la Figura 5 se describen las pruebas diagnósticas más utilizadas en esta etapa.

Pruebas de Laboratorio

- El PSA es una proteína producida exclusivamente por las células epiteliales de la próstata.
- Para Carballido (1998) el PSA se comporta como un marcador tumoral prostato-específico aunque no cáncer-específico.
- Se realiza mediante la extracción de una muestra de sangre y es considerada por muchos especialistas como una herramienta de diagnóstico importante, descubierta y utilizada desde fines de la década de los ochenta.
- El PSA se eleva según progresa la enfermedad, siendo infrecuente los casos reportados con metástasis y valores bajos.
- Si existe un nivel en el rango divisorio entre 4 y 10, el paciente tiene cerca de un 25% de probabilidad de tener cáncer de próstata. Si es más de 10, la probabilidad de que tenga cáncer de próstata es mayor del 50% y aumenta más a medida que el nivel de PSA sea mayor (ACS, 2015).
- Los Institutos Nacionales de la Salud e Instituto Nacional del Cáncer de EE. UU. (2007) señalan que existe la condición de “sobre diagnóstico” cuando a un hombre se le detecta por medio del PSA tumores que crecen con lentitud y que tienen poca probabilidad de amenazar su vida, así el análisis de PSA puede presentar resultados positivos falsos o negativos falsos.



Revisiones Médicas (tacto rectal)

- Procedimiento en el cual el médico inserta un dedo enguantado y lubricado en el recto y examina la próstata en caso de cualquier irregularidad.
- Tiene una duración aproximada de 10 a 15 segundos.
- Durante la evaluación el médico identifica el tamaño, firmeza y dolor causado por tocar la glándula.
- Con frecuencia, los urólogos pueden usar el tacto rectal para ayudar a distinguir entre el cáncer de próstata y condiciones no cancerosas tales como la HPB (American Cancer Society, 2015).
- El tacto rectal también es una herramienta en otros tipos de cáncer como el de colon (Benedict y Hoff, 2012).



Pruebas médico-invasivas (Biopsia)

- La biopsia es un procedimiento para extraer una muestra de tejido de la próstata, esta se envía a un laboratorio para su análisis, para detectar si existen células cancerosas (Benedict y Hoff, 2012).
- Las muestras pueden obtenerse insertando una aguja a través del recto, el perineo o la uretra.
- Los aspectos para tomar la decisión de realizar una biopsia según la European Society for Medical Oncology o ESMO (2014) son: hallazgos en el tacto rectal, el tamaño de la próstata, el origen étnico, edad, otras enfermedades, familiares con cáncer, pudor del paciente y antecedente de otra biopsia de próstata.
- Al efectuarse una biopsia y una vez analizadas las muestras, el patólogo asigna un grado a las células cancerosas.



Pruebas de imagen

- Las técnicas de diagnóstico por imagen más utilizadas son la ecografía transrectal y la tomografía axial computarizada (TAC), sin embargo, la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) está sustituyendo progresivamente a la TAC en la evaluación de los ganglios linfáticos (Carballido, 1998).

Figura 5. Pruebas Diagnósticas en el CaP. Elaboración propia.

1.8 Grado Histopatológico y Estadios del Cáncer de Próstata.

Para identificar el grado histopatológico del cáncer de próstata se utiliza el sistema de clasificación de Gleason que es una escala que sirve para identificar que tan probable es que un tumor se propague, consta de puntajes que van del 2 al 10. Entre más bajo sea el puntaje menos agresivo será el cáncer (European Society for Medical Oncology [ESMO], 2014).

Según la ESMO (2014) una puntuación de Gleason igual o inferior a 6 es un cáncer bien diferenciado o de malignidad baja. Generalmente el pronóstico es bueno. Una puntuación de Gleason de 7 es un cáncer de diferenciación o malignidad media. Generalmente el pronóstico es regular. Una puntuación de Gleason de 8 a 10 es un cáncer mal diferenciado o de malignidad alta. Generalmente el pronóstico es malo. En dicha escala se utilizan los números del 1 al 5, dependiendo del grado de similitud entre las células cancerosas y las normales (Figura 6).



Figura 6. Escala de Gleason.

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Guía de Práctica Clínica. Recuperado de: <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Gu%C3%ADa-para-pacientes-de-c%C3%A1ncer-de-pr%C3%B3stata.aspx>

El grado de similitud se evalúa de la siguiente manera: 1 significa que las células cancerosas se parecen mucho a las células prostáticas normales y 5 significa que las células cancerosas parecen estar distribuidas de forma desorganizada, en consecuencia este tejido ya no se parece al tejido prostático

normal; 2, 3 y 4 son intermedios entre esos dos extremos. Los grados de Gleason 1 y 2 ya no se utilizan (ESMO, 2014).

Para la ESMO (2014) los médicos emplean un sistema de estadificación el cual sirve como ayuda para predecir la posibilidad de recuperación del cáncer; el sistema TNM (Tabla 3).

TNM es una abreviatura en inglés de tumor (T), ganglio (N) y metástasis (M).

Tabla 3. Diferentes estadios del cáncer de próstata.

Estadio	Definición
I	El tumor únicamente afecta a un lóbulo de la próstata. Puede encontrarse de forma incidental por una biopsia posterior a la determinación de una alta concentración de PSA. El cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos ni a ninguna otra parte del cuerpo.
II	El tumor se ha expandido al otro lóbulo y puede afectar a toda la próstata sin salir de la cápsula que la rodea. El cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos ni a ninguna otra parte del cuerpo.
III	El tumor se ha extendido fuera de la próstata hasta las vesículas seminales, un par de glándulas situadas por encima de la próstata que secretan una importante proporción del líquido que contiene el semen. El cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos ni a ninguna otra parte del cuerpo, a excepción de las vesículas seminales.
IV	El tumor ha invadido las estructuras adyacentes, además de las vesículas seminales, por ejemplo: el recto, los músculos o la pared de la pelvis o, independientemente de la invasión de las estructuras adyacentes, se ha extendido a otras partes del cuerpo, incluyendo ganglios linfáticos y huesos.

Fuente: ESMO (2014). Cáncer de próstata: Una guía para pacientes información para el paciente basada en la guía clínica de la ESMO. Recuperado de:
<https://www.esmo.org/content/download/6628/115197/file/Cancer-de-prostata-Guia-para-Pacientes-ACF-ESMO.pdf>

Conocer el estadio es fundamental para tomar la decisión correcta de tratamiento. Cuanto más alto es el estadio, peor es el pronóstico (American Society of Clinical Oncology [ASCO], 2013).

1.9 Tratamiento

El tener presente el mejor tratamiento para un determinado paciente convierte a la selección terapéutica en una situación compleja que debe individualizarse en función de la edad, la presencia de otras enfermedades, el valor del PSA, el grado histológico del tumor y la etapificación del cáncer entre otros (Fernández et al., 2004).

Para la elección del mejor tratamiento la ESMO en su guía contra el CaP (2014) apunta que es importante identificar:

- Los antecedentes médicos
- Antecedentes familiares de cáncer
- Resultados de la exploración médica realizada
- Estado de salud general
- Resultados de los análisis de sangre
- Esperanza de vida estimada para el paciente
- Preferencias personales del paciente sobre las opciones de tratamiento en relación a los posibles riesgos y efectos secundarios
- Posibilidades de éxito de los mismos.

Existen diferentes tipos de tratamiento para el CaP; cirugía, radioterapia externa e interna, crioterapia, hormonoterapia y quimioterapia, así como la vigilancia activa y expectante (Tabla 4).

Elegir una decisión respecto al tratamiento del cáncer de próstata es un proceso difícil en el que puede ser útil conversar con el médico, familia, amigos y otros hombres que han tomado decisiones similares, por lo que se torna necesario el diálogo con el médico donde se expresen todas las inquietudes del paciente pues algunos efectos secundarios pueden durar semanas mientras otros pueden durar toda la vida (ACS, 2015; Benedict y Hoff, 2012).

Evidentemente atravesar por todos estos procedimientos y someterse a tan importantes cambios del estilo de vida debido al tratamiento y efectos secundarios del mismo provoca un desajuste cognitivo, emocional, conductual y social importante en el paciente y la familia. Por ello el siguiente capítulo estará dirigido a describir los principales problemas psicológicos derivados de padecer esta enfermedad.

Tabla 4. Tratamientos en el CaP. Elaboración Propia.

Extirpación de la próstata (Prostatectomía radical).		
Características	Ventajas	Desventajas
Es una operación donde los médicos extirpan la próstata, cuando el cáncer no se ha diseminado más allá de ésta (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2013).	Dicho tratamiento es recomendado en hombres sanos que probablemente vivirán 10 años o más después de haberles diagnosticado el cáncer.	<p>La pérdida de sangre durante el procedimiento puede ser importante (Schroeder, Xochipitécatl, Castellanos, y Cruz, 2012).</p> <p>Los posibles problemas después de la cirugía abarcan dificultad para controlar la orina y los problemas de erección (Instituto Nacional de la Salud e Instituto Nacional del Cáncer, 2007)</p> <p>Según Sotelo et al. (2015) más de 50% de los pacientes tienen continencia completa cuando se retira el catéter; después de 3 meses, la cifra sube a más de 85%; y por lo 6 meses, casi todos (95%) recuperan la continencia urinaria. Posterior a la cirugía el paciente no puede eyacular sin embargo, conserva exactamente la misma sensación de placer durante el orgasmo.</p>
Radioterapia		
<p>Es el tratamiento mediante el cual se emplea el uso de los rayos X de alta energía para destruir el cáncer.</p> <p>Existen dos tipos de radioterapia: Externa (aplicada de manera local y dentro de los márgenes afectados con el uso de un aparato externo). Interna (o braquiradioterapia) (mediante una cirugía, se introducen semillas o pastillas radioactivas con agujas a través de la piel, por debajo del escroto).</p>	<p>Para el Instituto Nacional de la Salud e Instituto Nacional del Cáncer (2007) la radioterapia funciona mejor para tratar el cáncer de próstata que no se ha diseminado y se utiliza frecuentemente posterior a la cirugía.</p> <p>En el caso de radioterapia interna la vida normal puede ser reiniciada de inmediato (ACS, 2015).</p>	<p>Dentro de las molestias que puede generar este tipo de tratamiento se encuentran: dolor, hinchazón o hematomas en el pene o el escroto, orina o semen de color rojo marrón, impotencia, incontinencia, retención urinaria y diarrea</p> <p>Si las semillas no son bien colocadas, pueden dañar órganos próximos a la próstata o excluir parte del cáncer (Instituto Nacional de la Salud e Instituto Nacional del Cáncer, 2007)</p>
Crioterapia		
<p>La crioterapia es un procedimiento que consiste en la congelación controlada en el tejido prostático. Las indicaciones actuales para la criocirugía en CaP incluyen: Tratamiento primario del CaP localizado Tratamiento del fracaso bioquímico posterior a una prostatectomía o a la radioterapia Control de complicaciones locales en pacientes con enfermedad diseminada.</p>	<p>Conservar la integridad anatómica de las estructuras vecinas.</p> <p>La crioterapia ofrece al paciente un tratamiento opcional mínimamente invasivo con baja morbilidad, mínimo sangrado, estancia hospitalaria más corta y alta tasa de biopsias negativas posterior al tratamiento (Schroeder, Xochipitécatl, Castellanos y Cruz, 2012)</p>	<p>La crioterapia puede dañar órganos próximos a la próstata o excluir parte del cáncer. Tejidos muertos pueden obstruir la uretra necesitando tratamiento adicional.</p> <p>Este método no ofrece una garantía absoluta de la destrucción de todos los cánceres. Otras desventajas de la crioterapia: el riesgo de impotencia e incontinencia (ACS, 2015).</p>

Tabla 4. Tratamientos en el CaP. Continuación.

Características	Hormonoterapia Ventajas	Desventajas
<p>La Hormonoterapia funciona evitando que las células cancerosas obtengan hormonas para multiplicarse, principalmente de la testosterona</p> <p>Existen dos tipos de hormonoterapia:</p> <p>Agonista de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LH-RH): Son medicamentos que bloquean la producción de testosterona por parte de los testículos y deben aplicarse por medio de inyección, por lo general cada 3 a 6 meses.</p> <p>Farmacobloqueador de los andrógenos: Con frecuencia, se administran junto con fármacos de hormona liberadora de hormona luteinizante (LH-RH) para bloquear el efecto de la testosterona producida por las glándulas suprarrenales, que liberan una cantidad pequeña de testosterona.</p>	<p>Se utiliza este tipo de tratamiento cuando el cáncer se ha extendido a otras zonas, se emplea para prevenir un mayor crecimiento, aliviar síntomas y evitar la propagación.</p> <p>Se utiliza también como complemento de alguno de los tratamientos locales o en las recaídas que pueden presentarse tras dichos tratamientos. Suprime la testosterona de la sangre, y por tanto el efecto que ésta tiene sobre el cáncer de próstata, lo que ocurre en el 80% de los casos.</p>	<p>Los posibles efectos secundarios del uso del Agonista de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LH-RH) son: náuseas y vómitos, sofocos, anemia, fatiga, osteoporosis, disminución del deseo sexual, disminución de la masa muscular, aumento de peso e impotencia.</p> <p>Los posibles efectos secundarios del Farmacobloqueador de los andrógenos son: problemas de erección, disminución del deseo sexual, problemas del hígado, diarrea y agrandamiento de las mamas (Instituto Nacional de la Salud de los institutos nacionales de la salud de EE. UU., 2014).</p>
Quimioterapia e Inmunoterapia		
<p>Consisten en medicamentos los cuales fortalecen al sistema inmunitario para combatir al cáncer, se emplean para reducir el tamaño del tumor canceroso o eliminarlo.</p> <p>Estos fármacos pueden ser píldoras que se toman o medicamentos que se administran por vía intravenosa y, en ocasiones, una combinación de ambos (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2013).</p>	<p>Algunas veces se usa quimioterapia cuando el cáncer de próstata se ha propagado fuera de la glándula prostática y la terapia hormonal ya no es eficaz.</p> <p>Ayudan a los hombres a vivir más tiempo. Puede que disminuyan el crecimiento del cáncer y también reduzcan los síntomas, lo que resulta en una mejor calidad de vida. Aun así, es muy poco probable que la quimioterapia cure el cáncer de próstata (ACS, 2015).</p>	<p>Los efectos secundarios de la quimioterapia constan de pérdida de cabello, disminución del apetito, amarillamiento de uñas, diarrea, úlceras en la boca y conjuntivitis; altera el sentido del gusto, produce también hipersomnolencia y aumento en la probabilidad de infecciones (ACS,2015)</p>
<p>Vigilancia constante del cáncer de próstata mediante pruebas regulares del PSA y tacto rectal. Sólo se administra tratamiento si el cáncer produce síntomas o muestra signos de que está creciendo (Secretaría de Salud, 2001; Instituto Nacional del Cáncer, 2015)</p>		

Capítulo 2. Problemas psicológicos en el paciente con cáncer de próstata

Es relativamente reciente la inclusión del psicólogo en la atención de padecimientos crónico-degenerativos como el cáncer, sin embargo, el aumento de nuevos casos y el índice de mortalidad por esta enfermedad hacen necesaria la intervención de este especialista.

En el presente capítulo se abordarán los principales problemas psicológicos que el paciente oncológico presenta durante el transcurso de su enfermedad, su definición, prevalencia y manejo.

La Comisión de Enfermedades Crónicas desde el año 1957 (citado en Bravo, 2014) señala que una enfermedad crónica degenerativa como lo es el cáncer presenta las siguientes características:

- Es permanente
- Presenta un grado de discapacidad
- Causa alteraciones irreversibles
- Requiere tratamiento especial de rehabilitación
- Ocupa largos periodos de observación supervisión y cuidado
- Presenta exacerbaciones repetidas y una pérdida de eficiencia laboral y de calidad de vida

Los cambios irreversibles en los estilos de vida de las personas con este tipo de enfermedades, las fluctuaciones entre los síntomas propios de la enfermedad y los presentados por los efectos secundarios y/o los tratamientos los cuales muchas veces presentan resultados parciales ocasionan incertidumbre respecto a qué pasara en un futuro con su vida. Tener un pronóstico incierto y una elevada incertidumbre, son los principales problemas psicológicos en las enfermedades crónicas degenerativas independientemente de la enfermedad que se padezca (White 2001, citado en Bravo, 2014).

Hablando de cáncer, específicamente al recibir el diagnóstico y al vivir la progresión de la enfermedad, los pacientes y sus familias viven un gran número de desafíos a los que tienen que hacer frente.

Es importante advertir que en cada caso de cáncer de próstata se presentarán particularidades en términos de síntomas, intensidad de los mismos, el nivel de incomodidad o molestia, las líneas de acción a seguir, cruzándose a la vez factores como la edad, enfermedades concomitantes, estilo de vida previo al momento en que se identifica el padecimiento, cuidados durante la enfermedad entre otros.

Debido a ello el proceso adaptativo del diagnóstico, tratamiento y cambio de condiciones de vida, sigue una trayectoria altamente individualizada en el transcurso de la enfermedad, dependiendo no sólo de aspectos médicos, sino también psicológicos y sociales, donde las habilidades con las que se contaba antes del diagnóstico para afrontar la enfermedad, el apoyo social y emocional a disposición, etc., son fundamentales (Massie y Greenberg 2005, citado en Kallay y Dégi, 2014). Es por ello que etapas rígidas, secuenciales y predecibles en la vivencia de la enfermedad pueden ser cuestionadas.

Para Barraclough (1999) la reacción emocional de la persona con cáncer dependerá de factores como la personalidad, las actitudes del individuo, y la atención médica recibida. Sin embargo, el autor considera que todos los pacientes ante el diagnóstico son emocionalmente vulnerables, y que un manejo donde se expresen las necesidades emocionales puede ayudar a manejar el malestar.

Para los Institutos Nacionales de la Salud e Instituto Nacional del Cáncer (2007) la depresión, la ansiedad, el estrés, el insomnio, la astenia, el delirium y el duelo, son los síntomas psicológicos y psiquiátricos principales que se presentan en los enfermos con cáncer. Donde la evidencia en la prevalencia de los problemas psicológicos como más intensos y frecuentes en pacientes oncológicos a comparación de personas sanas, es consistente (Barraclough, 1999; Nicholson y Burgess 2002 y Vidal, 2008).

Para Nicholson y Burgess (2002), el diagnóstico de cáncer aumenta el riesgo de desarrollar ansiedad y depresión. Estos autores señalan que son entre un 25 a un 40 por ciento las personas que experimentan cambios de humor a partir del diagnóstico de la enfermedad, los cuales son suficientemente significativos para recibir tratamiento, terapia y medicamento en su mayoría.

En el presente trabajo sólo se describirán los problemas psicológicos más frecuentes reportados en la literatura, ya que si bien los problemas psiquiátricos son importantes e inclusive se encuentran íntimamente relacionados con los psicológicos es un campo amplio que rebasa los objetivos de la presente investigación.

Para fines de este trabajo se entenderá como problema psicológico toda disfunción conductual, emocional o cognitiva, que es inesperada en el contexto cultural de la persona y se asocia con un nivel de angustia personal e impedimento sustancial en el funcionamiento (Barlow y Duran 2001, citados en Fernández et al., 2004).

A continuación se enlistan los principales problemas psicológicos presentados en el paciente oncológico.

2.1 Ansiedad

La ansiedad es definida como una respuesta normal y adaptativa del organismo cuando se encuentra en condiciones de peligro. Donde la incertidumbre, el aumento de la dependencia y la imposibilidad de ejercer el control en una situación específica se hacen presentes. La ansiedad se convierte en desadaptativa cuando es exagerada y desproporcionalmente relacionada a la magnitud del peligro, o en este caso cuando se convierte en un impedimento crónico de recuperación (Levin y Alici 2010, citados en Kallay y Dégi, 2014).

La ansiedad incluye aspectos somáticos, cognitivos y conductuales. Los síntomas somáticos constan de tensión muscular, temblor, disnea, palpitaciones, inestabilidad, sudoración anormal o incluso diarrea. Los cognitivos resultan ser los pensamientos negativos, los cuales ocasionan miedo o preocupación excesiva por el futuro. En cuanto a los conductuales se puede mencionar todos aquellos comportamientos visibles como inquietud, morderse las uñas, gritar, golpear objetos etc.

Se presenta en alrededor del 3 al 82% de los pacientes con cáncer y puede estar presente desde antes del diagnóstico, se relaciona con una mala calidad de vida y con un mayor uso de fármacos (Institutos Nacionales de la Salud e Instituto Nacional del Cáncer, 2007)

No se considera que una persona es ansiosa cuando está bajo el efecto de drogas o medicamentos, también cuando padece ciertas condiciones como tumores, desórdenes metabólicos, pese a que puedan presentar síntomas muy parecidos.

Cuando la ansiedad se desarrolla sin una razón aparente y persiste de una forma incapacitante tiempo después de que la causa inicial ha pasado, un trastorno de ansiedad puede ser diagnosticado (Barraclough, 1999).

Entre los hechos que generan más ansiedad a los enfermos con cáncer se encuentran:

- El tiempo de espera ante la información brindada por el personal de salud
- La confirmación del diagnóstico
- El tipo de tratamiento y sus efectos secundarios
- Ser admitido en el hospital
- Las pruebas ante las posibles recidivas y la recuperación
- Los miedos infundados que las personas puedan llegar a tener respecto a su enfermedad que no comparten con el personal médico

El tratamiento de la ansiedad en el área psicológica se centra en una evaluación individual para identificar las causas desencadenantes, considerar los tratamientos asociados y las preferencias del paciente. El tratamiento va depender de la causa, la forma de presentación de la ansiedad y el contexto en el que se produce la consulta. Por ejemplo, muchas veces el psicólogo tiene que atender a pacientes con crisis de ansiedad antes de que se sometan a su primer ciclo de quimioterapia, por lo que el ajuste en el contexto de atención es indispensable (Barraclough, 1999).

También se aborda la entrega consecutiva de “malas noticias” en todas las fases de enfermedad, evaluación para descartar la presencia de depresión mayor, se otorga psicoterapia de apoyo en grupo y terapia cognitivo conductual así como

técnicas de relajación. De no intervenir con un entrenamiento psicológico adecuado, algunas consecuencias que pueden desencadenarse son: disminución del apego al tratamiento, prolongar las estancias hospitalarias, y en última instancia reducir las oportunidades de sobrevivencia (Barraclough, 1999).

2.2 Depresión

La depresión es otro de los principales problemas psicológicos en el paciente oncológico, de los más investigados y de los más devastadores, es bastante común que vaya acompañado de la ansiedad. De acuerdo con Vidal (2008) es el problema más frecuente en la población oncológica.

Según Barraclough (1999) la depresión es un estado del individuo donde la tristeza y la pérdida del interés respecto a las actividades cotidianas es inminente y abrumadora para la persona, lo que es traducido a un estado de ánimo disfórico, anhedonia, desesperanza, impotencia, culpa, baja autoestima, inutilidad, aislamiento social, cambios en el comportamiento sexual, etc.

El dolor y la tristeza, hablando de la depresión clínica, son dos respuestas que se presentarán en forma severa y prolongada a comparación de sentimientos de tristeza derivados del ajuste normal de la enfermedad. Por ende se debe sospechar de depresión si los síntomas físicos y psicológicos se presentan fuera de proporción a la etapa de progresión del cáncer.

Para ese mismo autor la depresión clínica es un problema muy común entre los enfermos con cáncer que puede ser tratado exitosamente.

Las encuestas reportadas en el tema demuestran que arriba del 50% de los pacientes con cáncer alguna vez reportaron síntomas depresivos. Estimaciones respecto a la depresión señalan que es cuatro veces más común que aparezca en enfermos con cáncer frente a la población normal (Barraclough, 1999).

Para Vidal (2008) es entre un 4.5 a un 77% la prevalencia de este problema en el paciente oncológico.

Los principales aspectos que ocasionan depresión en el paciente oncológico según Barraclough (1999) son:

- El estrés inducido por el diagnóstico y / o tratamiento
- Los cambios fisiológicos inducidos por medicamentos (por ejemplo, esteroides, quimioterapia)
- Problemas neurológicos y problemas médicos (por ejemplo, las deficiencias nutricionales, endocrinológicas disfunciones, metástasis cerebrales)
- Posible exacerbación de problemas psicológicos preexistentes
- Las creencias del paciente respecto a su enfermedad
- El apoyo social percibido
- Sobrevida menor a la estimada por los médicos y pacientes
- Afecciones importantes en la calidad de vida y funcionalidad

En estos casos la depresión no solo puede ser producida por el diagnóstico de cáncer, otros acontecimientos en la vida cotidiana del enfermo pueden estar contribuyendo (Barraclough, 1999).

Desde la perspectiva cognitiva propuesta por Aaron Beck (1992) padecer depresión constituye construir una serie de esquemas en los cuales la visión propia, del entorno y el futuro es negativa, lo que conforma lo denominado triada cognitiva.

De presentarse este tipo de creencias, el paciente puede ser entrenado para identificar la influencia de sus pensamientos en su conducta, puede detectar los pensamientos disfuncionales, qué consecuencias le originan, se discuten, se cuestionan y reemplazan por otros más positivos y realistas (Dehab, Rivadeneira y Minici, 2002).

Desde la psicología conductual las principales técnicas empleadas para enfrentar la depresión consisten en modificar las contingencias del entorno que están manteniendo o incrementando la misma. Pues en este tipo de problemas es común que no exista refuerzo alguno por las actividades realizadas, ni por las relaciones interpersonales sobrellevadas.

Existen áreas principales en las que se centra la atención en el tratamiento, una de ellas es la programación y ejecución de actividades graduales, otra es el reforzamiento de las pequeñas acciones realizadas, el entrenamiento en solución de problemas y finalmente el aprendizaje de habilidades de afrontamiento para situaciones estresantes (Dehab et al., 2002).

Para Barraclough, (1999) cifras recientes indican que, debido a la selección inadecuada de métodos de evaluación, muchas veces se logra identificar sólo al 30% de los pacientes con cáncer que padecen depresión y angustia o malestar.

El que no se identifiquen la mayor parte de los casos existentes (no solo en el caso de depresión sino hablando también de los demás problemas) se debe a varios factores:

- Pueden confundirse con emociones de ajuste “normales” o esperables durante la enfermedad de cáncer por el personal de salud
- Porque médicos o enfermeras no perciben la responsabilidad de abordar temas emocionales con sus pacientes
- Falta de instrumentos y capacitación para el diagnóstico
- Falta de personal entrenado y dedicado a abordar la materia

Al igual que en la ansiedad, la depresión reduce significativamente la calidad de vida en pacientes con cáncer, afecta seriamente la adhesión a las intervenciones médicas, y prolonga la estancia hospitalaria (Barraclough, 1999).

2.3 Estrés

Lazarus y Folkman (1986) definieron al estrés como una respuesta fisiológica ante situaciones cognitivamente percibidas y evaluadas como amenazantes y ante las que el organismo no posee recursos para hacerle frente adecuadamente.

En ese tenor, un estresor para estos autores se define como aquel acontecimiento o condición externa que actúa como agresor para el individuo o es

evaluado por el como una amenaza que aún con los recursos del individuo no se puede afrontar.

Existen diferentes valoraciones que una persona puede realizar frente a una situación estresante, Lazarus y Folkman (1984) puntualizan tres principales las cuales son:

- Daño o Pérdida
- Amenaza
- Desafío

Este punto es importante debido a que de ello dependerán las conductas subsiguientes a dicha interpretación, hablando de cáncer particularmente el enfermo frente al padecimiento podrá sentirse dañado, amenazado o por su parte afrontarlo como un desafío y actuar en tal forma.

En síntesis podría decirse que más que la situación en sí, en el caso de la enfermedad del cáncer, es la interpretación que se hace de lo que ocurre en dicha situación lo que mediará las acciones que se presentarán en el futuro. Por ello un mismo acontecimiento para un individuo puede tener un significado totalmente diferente para otro (Vidal, 2008).

Algunas razones por las cuales los pacientes con cáncer suelen presentar estrés de acuerdo con Vidal (2008) son:

- La información brindada sobre el diagnóstico, pero también lo que el paciente llegue a comprender/interpretar
- La valoración del estímulo estresante o el significado que se le atribuye a la enfermedad, lo que implica un aprendizaje de toda su experiencia de vida
- La respuesta emocional experimentada
- La respuesta fisiológica subyacente
- El afrontamiento o coping empleado (centrado en la emoción, centrado en el problema o evitativo)

Lazarus y Folkman (1984) definen al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para

manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 141).

En otras palabras serán todas aquellas conductas orientadas a la adaptación de la situación estresante con reestablecimiento del equilibrio en el organismo, independientemente de que el problema se resuelva o no (Lazarus y Folkman, 1984).

En ese sentido los enfermos de cáncer suelen tener tanto estrategias adaptativas como no adaptativas durante su enfermedad.

Dentro de las primeras encontraríamos un esfuerzo por resolver los problemas y las dificultades que experimenta, como la búsqueda de información respecto a tratamientos, una participación activa en los mismos, segundas opiniones médicas, el intento de modificación de hábitos y conductas saludables, cooperación con el equipo médico etc. (Vidal, 2008).

El tipo de afrontamiento negativo en los enfermos con cáncer se presenta cuando existe una etapa de negación, el no asumir que se padece la enfermedad y por ende no seguir los tratamientos médicos, un sometimiento pasivo de la enfermedad, lo cual dificulta la rehabilitación, una dependencia excesiva del equipo médico que retarda la reinserción en la vida social habitual, y finalmente los comportamientos autodestructivos como ingerir bebidas alcohólicas, ideas suicidas, aislamiento etc. (Vidal, 2008).

La mayoría de las intervenciones psicológicas con pacientes con cáncer utilizan la combinación de las técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del estrés, Wonder y Weisman en 1984 (citados en Bellver, 2007) fueron los primeros en desarrollar y evaluar las técnicas cognitivo-conductuales para mejorar el bienestar psicológico en pacientes con cáncer.

Los distintos miedos referentes a los tratamientos pueden ocasionar situaciones estresantes al paciente y que este por tanto, actué en forma evitativa a los mismos, por ello el estrés es otro problema más que puede interferir en seguir el tratamiento médico, además, se le agrega que puede provocar una baja en el sistema inmune propiciando la aparición de otro tipo de enfermedades y disminuyendo el tiempo de sobrevivencia (Vidal, 2008).

2.4 Problemas sexuales

Para Grau, Llantá, Chacón y Fleites (1999) sorprendentemente, se ha escrito 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.

En enfermos con cáncer las estimaciones de la prevalencia de los problemas sexuales varían mucho según el diagnóstico y el tipo de cáncer y van del 10% al 88%.

Los más comunes son el deseo sexual inhibido en ambos sexos, la disfunción eréctil en el hombre y la dispareunia en la mujer. En muchos casos estas dificultades no se resuelven tras la terminación de los tratamientos, sino que persisten y se agravan (Hernández, Cruzado y Arana, 2007). Periodo importante donde la intervención psicológica puede disminuir el malestar y aumentar la calidad de vida de estas personas.

Según Hernández et al. (2007) entre las variables determinantes para la presencia de problemas sexuales se ubican:

- La edad
- Problemas en la relación de pareja
- Dificultades para establecer una nueva relación
- Estado emocional de ansiedad y depresión
- Variables médicas (como los tratamientos recibidos)
- Alteraciones en la imagen corporal
- Tratamientos que dañan directamente la función u órganos sexuales

Según Fernández et al. (2004) aspectos como ansiedad, insatisfacción, displacer, hostilidad, frustración, vergüenza, miedo, temor al rechazo social y el malestar asociado a la enfermedad potencializan comportamientos de evitación y/o compensación hacia el propio cuerpo del enfermo con cáncer y hacia situaciones interpersonales, los cuales se expresarán en:

- Conductas para ocultar y disimular el defecto

- Aislamiento
- Evitar mirarse al espejo o mirar directamente la zona afectada
- Cambio en el estilo de ropa
- Preguntas constantes para asegurar que no se nota la zona afectada

En cuanto al cambio en la imagen corporal ya Fernández et al. (2004) señalaban que la problemática se presenta en ambos sexos y suele estar acompañada de un temor por la pérdida del atractivo y la identidad sexual.

Ejemplifica el caso de hombres quienes viven la administración de hormonoterapia en tratamientos frente a determinados tipos de cáncer, donde es probable que el cuerpo experimente un aumento de las glándulas mamarias, cambios en la textura de la piel, acumulación de grasas en las caderas y muslos, y aunque estos cambios suelen ser muy pequeños, generan gran malestar y son vividos con gran ansiedad, al pensar que se están feminizando (Fernández et al., 2004).

En casos de cáncer de pene por ejemplo, habrá una alteración en la forma en que el paciente conciba tener relaciones sexuales satisfactorias, pues se presentan reducciones significativas en la función eréctil, función orgásmica y en el deseo sexual (Eardley y Palit, 2012).

El tratamiento de los problemas sexuales en los pacientes con cáncer incluye procedimientos como el consejo sexual breve, educación sexual, métodos para cambio de actitudes, consejos para recuperar el funcionamiento sexual con la pareja asociados a ejercicios, técnicas de minimización de las limitaciones físicas y de resolución de conflictos maritales, etc. (Grau et al., 1999).

Fernández et al. (2004) señalan que dentro de las estrategias cognitivo conductuales eficientes en el área se encuentran: técnicas cognitivas, de reestructuración y pruebas de realidad, exposición progresiva o desensibilización sistemática, desarrollo de habilidades para facilitar la interacción y el contacto social, uso del humor y técnicas de desactivación fisiológica. Contacto con ex pacientes, modelos de afrontamiento y dinámicas grupales.

El padecer un problema de índole sexual al momento de vivir con cáncer disminuirá la calidad de vida de una manera significativa en términos de relaciones interpersonales, problemas de pareja y baja autoestima, en este panorama las personas pueden terminar aislándose por vergüenza a ser estigmatizados o sentirse menos atractivos, lo que puede ocasionar el rendirse prematuramente ante las investigaciones y tratamientos.

2.5 ¿A qué tipo de problemas se enfrentan los pacientes con cáncer de próstata?

Abordar el cáncer de próstata desde cualquier enfoque tiene sus propios retos, entre ellos el poco uso de los servicios de salud por parte del sexo masculino, el enfrentar las creencias y miedos sobre los tratamientos, vencer tabúes sobre la sexualidad, etc., lo que coloca al profesional de la salud en un terreno complejo a intervenir, donde es crucial estar al tanto de lo que la funcionalidad de una persona demanda.

Pareciera que los problemas psicológicos en los pacientes con cáncer son los mismos, sin embargo, existen problemas específicos en la población con cáncer de próstata como los que encontraron Oraá et al. en una revisión sistemática realizada en el año 2013. En esta revisión se indica que las necesidades de intervención cambiarán respecto a la edad en la que el cáncer sea detectado y tratado, pues identificaron que en pacientes más jóvenes se expresaron más necesidades de intervención psicológica en el ámbito sexual.

Aquellos que vivían en grandes núcleos urbanos mostraron más necesidades emocionales y de afrontamiento. Mientras los que presentaban un diagnóstico reciente expresaron un mayor número de necesidades en el funcionamiento físico y la vida diaria. También reportaron que a menor edad y mayor nivel educativo existía más probabilidad de utilizar las terapias cognitivo conductuales.

Hablando de las personas con menor calidad de vida se ha identificado que son los adultos mayores de 65 años, las persona diagnosticadas en el último año y los que tenían enfermedad metastásica. Debido a que 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 mostraron mayor 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 (Oraá et al. 2013).

Dado que la incontinencia urinaria y la impotencia sexual son dos de los efectos secundarios más comunes, el aspecto higiénico también cobra relevancia pues la incontinencia urinaria ocasiona un degrado o deterioro en las relaciones de individuo ya que se presenta un miedo a mancharse u oler a orina, lo que deriva en aislamiento (Oraá et al. 2013).

También es cierto que algunos pacientes con cáncer de próstata que se someten a cirugía pierden la función sexual casi inmediatamente y no todos recuperan la erección a través del tiempo, es en este periodo cuando puede llegar a aumentar el malestar en estos hombres y en algunos casos los miedos presentes son originados por pensamientos en torno a:

- Contagio de la pareja
- La impotencia
- La esterilidad
- Cómo acercarse a la pareja respecto a temas sexuales
- Cómo comunicarse con está

Es decir, se genera gran malestar respecto a cómo adaptar su vida sexual y su masculinidad después de la enfermedad.

Otras necesidades básicas son el miedo a ser estigmatizados, existe una necesidad importante de minimizar la amenaza de la enfermedad, de satisfacer las tareas básicas en su lugar de trabajo de la misma forma que antes y evitar molestias a otros, pues muchos de ellos son los proveedores económicos del hogar, donde el nivel de independencia ha sido importante durante toda su vida.

En este mismo estudio se indicó haber hallado un nivel de actividad social más limitado en los grupos de pacientes con un dolor más intenso. Por otro lado es

señalado que los niveles de depresión y ansiedad disminuyen al presentarse un apoyo social sólido donde el papel de la pareja cobra prioridad (Oraá et al. 2013).

El llevar controles médicos respecto al nivel del PSA, la práctica del examen del tacto rectal, o las biopsias para el seguimiento al cáncer son condiciones que aumentan los niveles de ansiedad en el hombre con CaP.

Para lograr una reducción de los niveles de ansiedad ante estos procedimientos se han realizado intervenciones en grupo para atender las necesidades informativas, emocionales y a minimizar el malestar, encontrando una eficacia en este tipo de tratamiento (Oraa et al. 2013).

Las intervenciones psicoeducativas con las parejas de pacientes también resultan de utilidad, sin embargo, los cambios favorables se producen en la interacción con el paciente y no en los niveles de malestar psicológico lo que da evidencia de que por sí sola la psicoeducación es insuficiente para lograr un cambio en el tiempo.

Algunos autores coinciden en que las intervenciones en la materia deben de ajustarse específicamente al paciente en concreto, en identificar sus necesidades pues de ellas depende en gran medida el éxito de las mismas (Grau et al., 1999; Oraa et al. 2013).

Por ello, existen diferentes variables indispensables a considerar para el diseño de una intervención psicológica en este tipo de pacientes (Tabla 5).

Tabla 5. Variables para el diseño de la intervención psicológica en el paciente con CaP

-
- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • La edad • El tipo de cáncer • El tratamiento recibido • Los síntomas presentes • Las redes de apoyo (pareja) • Las expectativas • Hábitos • Tipo de afrontamiento del malestar psicológico desde el momento del diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de incertidumbre sobre los tratamientos • Autoeficacia • Mitos y creencias irracionales • Niveles de depresión y ansiedad |
|--|--|
-

Fuente: Adaptada de Oraa et al. (2013). Eficacia de las intervenciones psicológicas en hombres con cáncer de próstata. Asociación Española contra el Cáncer. Psicooncología. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/43454/41103>

Los hombres con CaP son generalmente personas no acostumbradas al uso de los servicios de salud, no familiarizados con expresar abiertamente el aspecto emocional, hombres que en su vida cotidiana pueden estar experimentando otro tipo de pérdidas, aspectos como la jubilación o que el hogar se encuentre solo debido a la independencia de los hijos (Estapé, s/a), la influencia de la cultura y de las creencias personales en la importancia y función del aparato reproductor, las erecciones y el número de encuentros sexuales como medios de reafirmar la masculinidad son situaciones dignas de la visión del psicólogo no solo entendidas como obstáculos a la hora del tratamiento, sino en términos de áreas de intervención en sí mismas.

Tomando en cuenta que el cáncer de próstata es uno de los tipos de cáncer menos agresivos, pero que se maneja con tratamientos invasivos (aunque por el personal médico en ocasiones no sea considerado así), los años vividos después del diagnóstico deben tener presentes la mayor calidad de vida posible.

Por ende, resulta básico que los hombres puedan aprender cuestiones de su enfermedad, puedan existir espacios compartidos donde la expresión de sus necesidades emocionales sean escuchadas y retroalimentadas.

Si bien estrategias como los grupos de apoyo son herramientas fundamentales que han dado resultados en otros tipos de cáncer, paradójicamente los grupos de soporte en cáncer de próstata son los que más recientemente se han formado dentro del ámbito oncológico (Estapé, s/a). Siendo escasos en nuestro país.

Ampliar el conocimiento en los problemas psicológicos en la presencia de cáncer, optimizará intervenciones que ayuden a poner en marcha un afrontamiento positivo a la enfermedad con los beneficios que ello implica.

El siguiente apartado abordará las estrategias que desde la psicología cognitivo conductual, se aplican predominantemente a los pacientes con cáncer de próstata con el objetivo de facilitar la adaptación durante todo el proceso de enfermedad.

Capítulo 3. Intervenciones psicológicas cognitivo conductuales en el paciente con cáncer de próstata

Una de las características fundamentales de la psicología como disciplina es lo controversial de su pluralidad respecto a perspectivas teóricas y metodológicas para dar explicación a un tema en particular.

Ante la diversidad teórica y metodológica, se tiene la creencia de que el psicólogo es el encargado del estudio de la “mente”, siendo este concepto algo problemático y causante de conflicto a seguidores de corrientes filosóficas como el empirismo.

Si bien es cierto que la presente investigación no persigue el discernir qué es lo psicológico y que no, si es fundamental identificar las bases teóricas del paradigma que sustenta los principales avances y la mejor eficacia en el manejo del paciente oncológico, este es el paradigma cognitivo conductual (Golden, Gersh y Robbins, 1992; Díaz, Ruíz y Villalobos, 2012).

Actualmente según Díaz et al., (2012) la psicología atraviesa un periodo en el cual la evaluación de la efectividad y eficacia de las intervenciones se encuentra en su punto máximo. Donde conocer qué tratamientos y en qué circunstancias particulares se tienen mejores resultados ha logrado aportar una expansión en intervenciones multidisciplinarias acorde con las necesidades de la época, ello ha permitido la creación de áreas como la de medicina conductual.

Es en esta área, donde las terapias de conducta, específicamente las terapias cognitivo conductuales han mostrado resultados favorables y positivos en la prevención y mantenimiento de bienestar y calidad de vida (Golden et al., 1992; Díaz, et al., 2012; Vidal, 2008; Galindo et al., 2013; Becerra, 2014).

Por ello, en el presente capítulo se identificarán las intervenciones psicológicas con enfoque cognitivo conductual particularmente realizadas en pacientes con cáncer de próstata. En ese sentido una contextualización del enfoque se hace necesaria para que el lector se familiarice con sus principios y entienda el proceder de las técnicas.

3.1 La Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Definición y antecedentes

La Terapia cognitiva conductual o TCC en términos generales puede señalarse que es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada en la psicología del aprendizaje, y en fundamentos científicos con principios y procedimientos empíricamente validados.

Sus principales características de acuerdo con Díaz et al., (2012) son que:

- Pertenece a un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. Para la TCC existen respuestas que se han practicado a lo largo del tiempo y se han convertido en hábitos del repertorio comportamental del individuo. Sin embargo, los individuos no siempre conocen el carácter aprendido de sus hábitos y consideran que tienen poco o ningún control sobre ellos
- La TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo
- La TCC tiene en general una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita. La mayor parte de los procedimientos cuentan con módulos educativos
- La TCC posee en esencia un carácter auto-evaluador con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos

Como principales antecedentes se pueden encontrar:

- 1) La reflexología y las leyes del condicionamiento clásico de Pavlov
- 2) El conexionismo de Thorndike (ley del efecto)
- 3) El conductismo de Watson y neoconductistas como Hull, Guthrie, Mowrer y Tolman
- 4) Skinner y el análisis experimental de la conducta
- 5) La teoría del aprendizaje social de Bandura

Fue el conductismo el paradigma que sustentó el surgimiento de la Terapia de la Conducta (TC) (antecedente de la TCC). Surgiendo de la oposición a las terapias psicoanalíticas poco efectivas de la época. En este tipo de terapia, en lugar de indagar acerca de posibles conflictos y estructuras subyacentes, la atención está dirigida en la conducta observable y el ambiente en el que se produce (Díaz, et al. 2012).

La TC está constituida por tres generaciones (Tabla 6).

Tabla 6. Generaciones de las terapias de conducta

<i>Primera generación</i>	Se derivan directamente de los principios del aprendizaje clásico y operante
<i>Segunda generación</i>	Es la generación marcada por incorporar las variables cognitivas a los modelos de comportamiento
<i>Tercera generación</i>	Son grupos de terapias con fundamentos constructivistas y contextuales

Fuente: Adaptada de: Díaz, M., Ruiz M. y Villalobos A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Las terapias de segunda generación o TCC nacen principalmente de la restricción que imponían los principios del aprendizaje a la hora de explicar el comportamiento humano complejo.

Uno de los argumentos principales que promovió su nacimiento como lo señala Díaz et al. (2012) fue la concepción de aprendizaje de los clínicos de la época, ellos defendían la idea de que el aprendizaje humano no solo es automático y directo, sino que éste se presenta mediado por variables verbales y cognitivas, de esta forma constructos como consciencia, atención, expectativas o atribuciones comienzan a ser objeto de atención en terapia, mientras que era fuertemente criticado que la experimentación con animales podría dar pocas respuestas a ese tipo de procesos y en su defecto su extrapolación de resultados a humanos se volvía cuestionable.

La premisa básica de la TCC sostiene que si la causa de la conducta es el pensamiento, se ha de cambiar el pensamiento para cambiar la conducta (Mañas, 2007; Tai y Turkington 2009, citados en Moreno, 2012).

Lo que generó cambios en el modo de abordar los casos clínicos del momento.

Para Díaz et al. (2012) es un hecho que el número de las terapias cognitivas es diverso y precisamente sus principales críticas consisten en que carecen de un marco unificador que permita cohesionar un modelo teórico mayor. Sin embargo, fuera de las controversias teóricas la TCC a finales de los 80 se encontraba consolidada como enfoque terapéutico basado fuertemente en la generación anterior. Con base a esos cimientos se comenzaba a gestar formalmente un panorama de la conducta menos conductual y más cognitivo conductual.

La TCC consta de tres componentes básicos, la evaluación, el tratamiento y el seguimiento. Desde este enfoque hay una estrecha relación entre la evaluación y el tratamiento dándose entre ambas etapas una constante interdependencia a lo largo de todo el proceso terapéutico.

En la etapa de evaluación la identificación de los pensamientos, emociones, conductas, y reacciones fisiológicas desadaptativas, así como los antecedentes y reforzamientos que las mantienen serán prioridad del psicólogo, aquí el uso del modelo E-O-R-C es de imprescindible ayuda (Golden et al., 1992).

El análisis funcional como herramienta terapéutica ayuda en la identificación del foco de la intervención y las estrategias de tratamiento. Éste consiste en la identificación de relaciones funcionales, causales y no causales, importantes y controlables, aplicables a determinadas conductas de un individuo (Haynes y O'Brien, 1990, 2000 citados en Keawe'aimoku, Godoya, O'Briena, Haynesa y Gavino, 2013).

De acuerdo con Arón y Milicic (1999) el análisis funcional es:

“Una metodología que consiste en describir el problema en términos de conductas específicas, describir la situación en la que la conducta ocurre y describir cuáles son las consecuencias que el ambiente proporciona a esa conducta. Luego, el análisis se centra en descubrir si la conducta es

causada o mantenida por la situación que la desencadena (paradigma clásico) o por las consecuencias que la siguen (paradigma operante)” (p.50).

Para Golden et al. (1992) los principales exponentes en la terapia TCC han sido:

- La terapia racional emotiva de Ellis
- La terapia cognitiva de Beck
- La modificación cognitivo conductual de Meichenbaum
- El enfoque de solución de problemas de D´Zurilla y Goldfried
- La terapia multimodal de Lazarus

Mahoney y Arnkoff (1978 citado en Díaz et al., 2012) proponen una clasificación de las técnicas provenientes de este enfoque la cual consta de técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas para el manejo de situaciones y técnicas de solución de problemas (Tabla 7).

Tabla 7. Principales técnicas de la TCC.

Técnicas	Función	Principales Exponentes
<i>Reestructuración cognitiva</i>	Centradas en la identificación y cambio de condiciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o auto verbalizaciones negativas) que determinan o mantienen el problema	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ellis (1962) con la TRE ➤ Beck (1979) Terapia Cognitiva ➤ Goldfried (1974) Reestructuración Racional Sistemática ➤ Meichenbaum y Goodman (1971) Entrenamiento de Autoinstrucciones
<i>Manejo de Situaciones</i>	Centradas en la enseñanza de habilidades para afrontar situaciones problemáticas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Meichenbaum (1977) Entrenamiento en inoculación del estrés ➤ Suinn y Richardson (1971) Manejo de la ansiedad
<i>Solución de Problemas</i>	Centradas en corregir el modo en que la persona aborda los problemas brindando un método sistemático	<ul style="list-style-type: none"> ➤ D´Zurilla y Goldfried (1971) Solución de Problemas ➤ Spivack y Shure (1982) Terapia de solución de problemas interpersonales ➤ Mahoney (1974) Ciencia personal

Fuente: Adaptada de: Díaz, M., Ruiz, M. y Villalobos A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Se puede concluir en este pequeño apartado que la TCC es un modelo vigente en psicoterapia con el mayor número de resultados favorables en sus contextos de aplicación que incorpora parte fundamental del hombre como lo son los pensamientos y creencias. Con ello puede decirse que el profesional que la aplica está un paso más cerca de comprender la complejidad de la conducta manifiesta.

Continuando con los avances demostrados, en el siguiente apartado se señalará como la TCC es aplicada en el paciente con cáncer particularmente.

3.2 Terapia Cognitivo Conductual en el paciente oncológico

Ya ha sido señalado que la TCC en el área clínica y de la salud se ha apuntalado como la herramienta psicológica más importante y eficaz comprobada empíricamente. El área de psicooncología no ha escapado a dichos alcances (Barraclough, 1999; Fernández et al., 2004; Vidal, 2008; Galindo et al., 2013; Oraá et al., 2013).

De acuerdo con Ibañez (2004) actualmente se ha originado una ampliación del papel social que el psicólogo tiene que desempeñar en la sociedad contemporánea, un ejemplo particular es la incorporación de su trabajo en los planes integrales de oncología. Estos planes, al referirse a una atención integral, incorporan componentes como asistencia médica, psicológica y social no sólo del enfermo sino también en familiares y supervivientes, donde la educación para la salud juega un papel inminente (Ibañez 1991, citado en Ibañez, 2004).

Galindo et al. (2013) señalan los objetivos de la TCC en el área oncológica en dos grupos:

- 1) El primero es el abordaje de problemas psicológicos asociados al diagnóstico, tratamiento y periodo de seguimiento
- 2) El segundo es el manejo de efectos secundarios del tratamiento oncológico como: náusea, vómito, dolor, insomnio, incontinencia y disfunción sexual

En una revisión realizada por estos autores se encontró que:

- La TCC mostró un mayor beneficio en depresión, ansiedad, trastornos del dormir, fatiga, dolor y estrés.
- Y pocas mejoras en el manejo de obesidad y sobrepeso de pacientes en seguimiento, síntomas de menopausia, imagen corporal, autoestima y sexualidad, disfunción cognitiva y síntomas asociados.

En su investigación, el grupo de pacientes más representado fue el de cáncer de mama y los instrumentos más empleados en esos problemas fueron la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

De acuerdo con Prieto (2004) el psicólogo en el área de oncología deberá de perseguir los siguientes objetivos:

- a) Prevenir la aparición de la enfermedad a través de un proceso educacional en poblaciones de alto riesgo
- b) Facilitar la adherencia al tratamiento (tanto al médico como al psicológico)
- c) Promover un papel activo del paciente en el tratamiento
- d) Proporcionarles estrategias (cognitivas, conductuales, emocionales y sociales) para el manejo de la ansiedad, depresión y efectos secundarios
- e) Conseguir un mejor aprovechamiento del apoyo familiar y sanitario
- f) Realizar un trabajo interdisciplinar, que busque una buena calidad de vida

Respecto a las técnicas cognitivo conductuales más utilizadas en el área se pueden identificar las pertenecientes a la Terapia Racional Emotiva o TRE, propuesta por Albert Ellis.

Este tipo de terapia considera que las personas no se sienten perturbadas por los hechos que pasan en la vida cotidiana, sino por las interpretaciones que se generan de esos hechos.

En la TRE, técnicas como detección de creencias irracionales, de persuasión verbal, de distracción cognitiva, son ampliamente utilizadas. En la Tabla 8 se señalan otras técnicas empleadas en el área y los objetivos que persiguen. (Moreno, Nassar y Vargas, 2011).

Tabla 8. Técnicas cognitivo conductuales en pacientes con cáncer.

<u>Técnicas Cognitivas</u>	
Creencias Irracionales	Se identifican las creencias negativas que tenga el paciente respecto a su enfermedad, indicando intensidad y frecuencia.
Técnicas de Persuasión Verbal	Se establecen debates con el paciente y terapeuta donde se establece que tan lógicas o validas son las creencias que el paciente tiene frente al cáncer.
Distracción Cognitiva	Se desarrollan diferentes estrategias o tareas para que el paciente enfrente de una forma más adaptativa su enfermedad.
<u>Técnicas Conductuales</u>	
Habilidades Sociales y Asertividad	Se entrena al paciente en el proceso y la adquisición de conductas o habilidades benéficas, para el miedo, aislamiento o dificultades en la comunicación.
Programación de Actividades	Se pretende aumentar la motivación del paciente y las habilidades en la resolución de un problema, que puedan aparecer a causa de la enfermedad, por ejemplo: matrimoniales, sexuales etc.
Exposición	Se invita al paciente a que se enfrente a las situaciones más temidas con el fin de debatir frente a ellas.
<u>Técnicas Emotivas</u>	
Imaginación Racional Emotiva	Se utiliza la visualización como elemento para que el paciente se enfrente a las situaciones a las que más le tendría miedo, y así invierta o modifique la emoción que dicha situación le hace sentir
Técnicas Humorísticas	Reducen las exageraciones y el dramatismo que el paciente atribuye a la enfermedad, a través del sentido del humor.
Biblioterapia	Ofrece al paciente diferentes libros que le permitan contar con conceptos nuevos y cambiar sus creencias irracionales

Fuente: Adaptada de: Moreno, K., Nassar, C., Vargas, S. (2011). La terapia Cognitivo Conductual en el manejo de pacientes oncológicos. Recuperado el 6 de Octubre del 2015 de: <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/3450/Camila%20Mar%C3%ADa%20Nassar%20Pinz%C3%B3n%20152691.pdf?sequence=1&isAllowed=v>

La terapia propuesta por Albert Ellis (1968) de una forma general busca que los pacientes identifiquen la relación que existe entre sus pensamientos, comportamientos, emociones y síntomas físicos. El psicólogo aquí debe de

considerar que los componentes cognitivos son muy importantes para identificar y modificar pensamientos, irreales, reales o negativos que están asociados a la ansiedad y/o depresión de los pacientes.

Debido a que la TCC plantea manejar creencias desadaptativas y frecuentemente en el paciente oncológico se presentan creencias que causan gran malestar pero que son reales o normales respecto al transcurso de la enfermedad Landa, Greer, Vite, Sánchez y Riveros (2014) recomiendan enseñarle al paciente a aplicar los componentes de solución de problemas, técnica que ha sido investigada y adaptada ampliamente para pacientes con cáncer y cuidadores. En momentos donde el paciente ya no tiene cura, se ha implementado componentes de la terapia de aceptación y compromiso.

De acuerdo con Becerra (2014) en todo el proceso de la enfermedad el psicólogo debe de poner práctica habilidades para que el paciente comprenda su padecimiento, los efectos secundarios de los tratamientos y los cambios que debe asumir en su comportamiento ante esta nueva situación. Promoviendo conductas adaptativas que favorezcan la sensación de control y confianza reduciendo por otro lado el desamparo y la vulnerabilidad.

Por otro lado, debe identificarse que la atención del enfermo con cáncer se divide en diferentes etapas las cuales son: pre diagnóstica, diagnóstica, tratamiento, periodo libre de enfermedad, supervivencia, recidiva y final de la vida. En cada una de las mismas se presentaran una variedad de dificultades para el paciente y su familia.

El psicólogo en cada etapa dará prioridad a las necesidades particulares de la población a la que atiende, detectando qué técnicas serán de mayor utilidad en cada periodo y cada paciente.

En la Tabla 9 se resume la labor del psicólogo, el objetivo de su intervención y las técnicas que son de utilidad en relación a las etapas de la enfermedad de cáncer.

Tabla 9. Objetivos de la intervención psicológica en el enfermo de cáncer.

Etapa de la enfermedad	Problemas presentados	Objetivo de la Intervención psicológica	Técnicas cognitivo conductuales
Pre diagnóstica	Déficit de información Creencias erróneas Incertidumbre Miedo Ansiedad Estrés Identificación de algo “malo” en su cuerpo	Entrevista inicial Identificación de creencias irracionales o anticipadas y situaciones percibidas como generadoras de estrés ansiedad o depresión, así como estilos de afrontamiento Realizar análisis funcional de las conductas problema Obtener un diagnóstico psicopatológico, canalizar a otro especialista si es necesario Proporcionar información al paciente y familiares relacionada con la sospecha de malignidad y probable pronóstico Contener emocionalmente	Psicoeducación Modificación de conducta Control del pensamiento
Diagnóstico	Impacto psicológico o “Shock” Déficit de información y falta de comprensión Desesperación Creencias erróneas Incertidumbre Miedo Ansiedad Estrés Depresión	Primeros auxilios psicológicos Re planteamiento de la funcionalidad ante la nueva situación Facilitar que el paciente y su familia se adhieran correctamente a los protocolos médicos, tengan la información adecuada y se puedan diagnosticar a tiempo eventuales problemas psicológicos-psiquiátricos Generar y evaluar recursos de afrontamiento y búsqueda de apoyo social Entrenar al paciente en técnicas de relajación	Psicoeducación Modificación de conducta. Relajación Control del pensamiento Intervención en crisis
Tratamiento	Déficit en la toma de decisiones Déficit de información Dolor Cambio en su funcionalidad Ansiedad Depresión Creencias erróneas Incertidumbre Miedo Cambio imagen corporal	Controlar y manejar los efectos secundarios psicológicos asociados a los tratamientos médicos; orientando también a la paciente y a su familia directa frente a las reacciones emocionales propias de este escenario. Apoyar en la toma de decisiones Dotar de información útil y clara sobre los objetivos del tratamiento Evaluación de ventajas y desventajas de tomar el tratamiento Entrenamiento en estrategias de afrontamiento adaptativas y solución de problemas	Relajación Psicoeducación Control de pensamiento Autoinstrucciones Solución de problemas Intervención en crisis Entrenamiento en habilidades comunicativas y asertividad

Fuente: Adaptada de Becerra, A. (2014). Medicina conductual aplicada a pacientes oncológicos. En: L. Reynoso Erazo y A. Becerra Gálvez (Eds.), *Medicina Conductual Teoría y Práctica*, (Primera edición, pag.313-332). México, Distrito Federal : Qartuppi.

Tabla 9. Objetivos de la intervención psicológica en el enfermo de cáncer continuación.

Etapa de la enfermedad	Problemas presentados	Objetivo de la Intervención psicológica	Técnicas cognitivo conductuales
Libre de Enfermedad	Déficit de información Problemas en la calidad de vida Estigmatización Dificultad en la adaptación Problemas sexuales Cambio imagen corporal Ansiedad Depresión Problemas en relaciones Interpersonales	Ayudar a afrontar mejor las preocupaciones de los pacientes a través de sus preguntas y dudas, estableciendo protocolos de información claros Proporcionar estrategias para facilitar su reincorporación a la vida cotidiana Aumentar actividades gratificantes que promuevan el refuerzo positivo Entrenar al paciente en habilidades sociales y comunicativas tanto con la familia como con el equipo médico, que favorezcan la expresión de emociones y molestias físicas en los seguimientos	Psicoeducación Solución de Problemas Relajación Facilitar grupos de apoyo Terapia ocupacional
Supervivencia	Déficit de información Problemas en la calidad de vida Estigmatización Dificultad en la adaptación Problemas sexuales Ansiedad Depresión Problemas en relaciones Interpersonales	Facilitar la adaptación a las secuelas físicas, psicológicas y sociales que haya podido provocar la enfermedad. Facilitar la reincorporación a las actividades e intereses significativos para el paciente. Implementar estrategias de afrontamiento en situaciones problemáticas de la vida cotidiana Entrenar al paciente en habilidades sociales y comunicativas tanto con la familia como con el equipo médico, que favorezcan la expresión de emociones y molestias físicas en los seguimientos	Solución de Problemas Relajación Facilitar grupos de apoyo Terapia ocupacional Entrenamiento en habilidades comunicativas y asertividad
Recidiva	Ansiedad Miedo a tratamientos, muerte y dependencia Dolor Déficit en la toma de decisiones	Proporcionar información clara y comprensible acerca de las nuevas alternativas de manejo médico, las posibilidades de respuesta y el pronóstico. Prevención y tratamiento de psicopatologías. Facilitación de la adaptación al nuevo estado de la enfermedad. Reforzar la relación médico-paciente. Establecer las necesidades emocionales de la familia frente a las recaídas Intervenir ante los estados depresivos y de ansiedad y si es necesario canalizar a otros especialistas (psiquiatras o algólogos)	Psicoeducación Solución de Problemas Relajación Asertividad Facilitar grupos de apoyo Terapia ocupacional
Final de la vida	Emociones intensas tanto en el paciente como en la familia. Dolor Ira Miedo a la muerte Déficit en la toma de decisiones Depresión	Intervención en crisis Identificar las creencias en relación al pronóstico, el sufrimiento y la muerte Evaluar los problemas psicosociales y espirituales al final de la vida fomentando conductas y cogniciones que reduzcan la preocupación y el sufrimiento Acompañar a la paciente en el proceso de morir y a su familia en la elaboración del duelo	Psicoeducación Consejería Expresión emocional Orientación en los pasos subsiguientes a la muerte en la familia

Fuente: Adaptada de Becerra, A. (2014). Medicina conductual aplicada a pacientes oncológicos. En: L. Reynoso Erazo y A. Becerra Gálvez (Eds.), *Medicina Conductual Teoría y Práctica*, (Primera edición, pag.313-332). México, Distrito Federal : Qartuppi.

Para concluir el presente apartado puede señalarse que el cáncer es una enfermedad que puede presentar un comportamiento totalmente diferente en cada individuo, así también el profesional de la psicología que se dedica a dar atención en el área debe tener presente el empleo de una estrategia altamente individualizada en cada uno de los casos, e incluso en cada fase de la enfermedad de una manera constante.

El papel del psicólogo en el área es de suma importancia pues satisface necesidades informativas, educativas, emocionales y de apoyo tanto al paciente como a su entorno (familia, amigos, personal de salud). En ese sentido promover el bienestar y la calidad de vida en el enfermo con cáncer sin duda es una tarea compleja.

A continuación en el siguiente apartado serán señalados algunos trabajos de la TCC en el manejo específico con cáncer de próstata.

3.3 Aplicaciones de la TCC en el caso del paciente con cáncer de próstata

Este apartado estará destinado a señalar de una forma genérica cual ha sido el uso de la TCC en el paciente con cáncer de próstata. Se enlistarán los resultados principales de algunas intervenciones del enfoque citado en este tipo de pacientes.

En la revisión de algunos metanálisis en la materia se ha identificado que el manejo de intervenciones en esta población ha sido sumamente heterogéneo, sin embargo, las terapias cognitivo conductuales se han apuntalado por ser las más frecuentemente utilizadas (Roesch et al., 2005; Bloch et al., 2007; Perchon, Palma, Magna y Dambros, 2008; Steginga, Ferguson, Clutton, Gardiner y Nicol, 2008; Wootten et al., 2014).

El estrés, el funcionamiento sexual, el ajuste marital, la ansiedad, la depresión, la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil fueron los temas predominantemente identificados (Tabla 10).

Autores	Objetivo	Sujetos	Diseño	Técnicas	Resultados
Penedo et al. (2006)	Evaluar una intervención en el Manejo de estrés y calidad de vida en hombres con CaP	92 Hombres Estadios I y II. Edad Media 65 años	Pretest-Post test. Cuasiexperimental 10 sesiones semanales 2 hrs	Psicoeducación Respiración diafragmática Imaginación guiada Relajación muscular progresiva Mindfulness	Beneficios positivos en la calidad de vida en relación al manejo de estrés
Penedo et al. (2007)	Evaluar una intervención en el Manejo de estrés y calidad de vida en hombres con CaP	71 Hombres con CaP de habla Hispana Estadios I y II. Edad mayores de 50 años	Pretest-Post test Cuasi experimental 10 sesiones semanales 2 hrs	Psicoeducación Modificación de creencias irracionales Asertividad Respiración diafragmática Imaginación guiada Relajación muscular progresiva	Resultados positivos en la calidad de vida y aspectos de funcionamiento sexual en relación al manejo de estrés
Steginga, et al. (2008)	Apoyo en la toma de decisiones	20 Hombres CaP localizado 63 años	Pretest-Post test Cuasiexperimental Intervención telefónica "Pros Can"	Psicoeducación, Solución de problemas	Confidencialidad y anonimato de Pros Can favorecieron en el malestar ante la toma de decisiones
Perchon, et al. (2008)	Mejorar la calidad de vida referente a la incontinencia (IU) y disfunción eréctil (DE)	30 Hombres con CaP localizado y tratamiento Prostatectomía 62 años	Pretest-Post test Cuasiexperimental Terapia de grupo 90 min 24 semanas	_____	Resultado positivos en el ajuste de la enfermedad disminuyo el impacto negativo en la IU y DE

Respecto al manejo del estrés, Penedo et al. en los años 2006 y 2007 aplicaron una estrategia grupal denominada “Cognitive-Behavioral Stress Management” o “CBSM” en diferentes poblaciones tanto en americanos como en hispano hablantes.

En su estrategia incluían técnicas cognitivo conductuales como psicoeducación, modificación de creencias irracionales, asertividad, respiración diafragmática, imaginación guiada y relajación muscular progresiva. Para los autores las ventajas que promueven las intervenciones grupales cognitivo conductuales recaen en que los individuos que son capaces de compartir su experiencia con otros, pueden ser más propensos a iniciar una reestructuración cognitiva y una búsqueda de significado más adaptativo de la enfermedad (Penedo et al., 2006; 2007).

Para ellos las intervenciones que enfatizan las habilidades cognitivas y de afrontamiento como la identificación de ideas irracionales pueden acelerar el procesamiento de la información difícil. Mientras que las intervenciones que incluyen regulación de emociones, ejercicios de reducción de la ansiedad y el manejo del estrés con técnicas como la relajación muscular, la imaginación guiada, y la respiración profunda, pueden disminuir la vigilancia desadaptativa y dotar a los participantes de herramientas que gestionen el malestar originado por el procesamiento del material traumático. En las investigaciones realizadas por estos autores se encontraron beneficios en variables como aumento en la calidad de vida, funcionamiento sexual, beneficio percibido y menores niveles de estrés.

En una investigación realizada por Lepore en el año 2001 (citado en Perchon et al., 2008) se reportó que aquellos hombres que habían participado en una terapia de grupo de 6 semanas de corte cognitivo conductual, mejoraban en algunos índices incluyendo salud mental y control percibido y redujeron sus conflictos interpersonales y nerviosismo asociado a pensamientos negativos relacionados con el cáncer.

Para el autor aunque estos estudios empiezan a sugerir el beneficio de los tratamientos psicosociales aun es limitada la presencia de estudios experimentales.

Otro tema de interés en el área ha sido el malestar que las parejas de hombres con este tipo de cáncer presentan.

Wootten et al., en el año 2014 realizaron una revisión sistemática en la tenían el objetivo de identificar las intervenciones con mayor eficacia en el apoyo a parejas de hombres con CaP. Ellos identificaron que los temas psicosexuales y relacionados a la comunicación marital fueron los más difíciles de abordar, identificaron que en este ámbito la psicoeducación mostró eficacia al mismo nivel que técnicas cognitivo conductuales más complejas.

Así mismo las estrategias cognitivo conductuales centradas en temas de intimidad y satisfacción sexual mostraron altos beneficios en el ajuste marital después de la enfermedad. Se encontró un beneficio para ambos miembros de la pareja en este tipo de intervenciones, lo que sugiere que el tratamiento de las necesidades de ambos contribuye a un beneficio individual adicional. En otros avances señalados se identificó una disminución en el uso de la negación y un mayor uso de reevaluación positiva. Los autores mencionados concluyeron que las estrategias cognitivo conductuales arrojaron buenos resultados en la mejora de la intimidad sexual, en este tipo de pacientes.

En una intervención multimodal llamada Pros Can realizado por Steginga et al. (2008) particularmente diseñada para hombres con cáncer de próstata en etapa de diagnóstico y tratamiento, se encontraron resultados muy favorables en el manejo del malestar y aumento de calidad de vida.

Fueron abordadas temáticas referentes a la gestión de estrés y ansiedad ante la toma de decisiones. Se emplearon técnicas cognitivo conductuales aplicadas por personal de enfermería entrenado y supervisadas por un psicólogo clínico especializado en oncología.

La televisión y el teléfono fueron herramientas que el programa Pros Can utilizó como medio para su intervención, donde se mostró una buena aceptación por parte de los hombres participantes.

En la etapa de diagnóstico la orientación giraba principalmente alrededor de psicoeducación sobre el cáncer próstata, habilidades de comunicación para aumentar el apoyo social y manejar comunicación con los profesionales de la salud, estrategias de reducción del estrés, modificación de ideas irracionales y pensamientos negativos. En relación a enfermos en etapa de tratamiento se agregaban estrategias como el trabajo bajo objetivos, solución de problemas y manejo de la fatiga.

Los autores concluyeron la intervención señalando la necesidad de atender el malestar que se genera en los hombres con CaP, donde Pros Can resultó ser un modelo innovador en el uso de tecnologías con el potencial de replicarse y adaptarse en la profundización de sus contenidos.

Por otro lado y de acuerdo con Perchon et al. (2008) los hombres con cáncer de próstata tienden a priorizar acciones que puedan optimizar la calidad de vida más que a maximizar la supervivencia. En ese sentido la intervención en grupo de estos autores radicó en manejar los problemas de disfunción eréctil e incontinencia urinaria mediante la terapia de comportamiento.

El manejo del estrés en su intervención se llevó a cabo mediante la identificación de pensamientos irracionales, manejo de ira, reafirmación personal y utilización del apoyo social. Los temas incluyeron enfoques cognitivos y de comportamiento para el manejo del estrés, también material informativo relacionado al diagnóstico y tratamiento (es decir la fisiología del CaP, la mecánica y el tratamiento de la disfunción eréctil).

En el estudio citado se encontró que la participación en las terapias de grupo mejoran significativamente la calidad de vida en relación al funcionamiento sexual y a aspectos como la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil.

Por otro lado, Bloch et al. a través de un metanálisis realizado en el año 2007 no sugieren que el ajuste de estos hombres empeore a través del tiempo. Sin embargo, para los autores, signos de malestar psicológico como depresión y la ansiedad, pueden indicar un peor pronóstico. Encontraron que el apoyo social y la expresión de las emociones están vinculados a un mejor ajuste de la enfermedad.

Mientras un sentimiento de impotencia se correlaciona con una baja autoestima y depresión.

El psicólogo especialista en este tipo de población debe de estar atento a las respuestas de "evitación" que puede presentarse en relación a buscar apoyo o ayuda. Pues investigaciones en salud se han encargado de identificar que las bajas tasas de morbilidad en hombres pueden reflejar la creencia de que la admisión de las dificultades personales y la necesidad de ayuda es un "signo de debilidad " (Bloch, et al. 2007).

Finalmente en la mayoría de los estudios revisados se puede identificar que los participantes de las intervenciones son principalmente hombres mayores de 50 años, con una edad media de 62 años y diagnóstico de cáncer localizado en estadio uno y dos, quienes han recibido o se encuentran recibiendo tratamientos como prostatectomía y radioterapia. Como efectos secundarios principales, se presentan la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil.

En gran parte de las intervenciones realizadas se otorgaba una premiación monetaria por participar en los programas (Roesch et al., 2005; Penedo et al., 2006; 2007; Bloch et al., 2007; Perchon et al., 2008; Wootten et al., 2014).

Los criterios de inclusión en estos estudios consistían en ser remitidos por el área de urología con diagnóstico oncológico de próstata, no presentar antecedentes de enfermedad psiquiátrica y tener un nivel educativo que permita pleno acceso a la comprensión de los contenidos.

Se identificó también que las intervenciones y sesiones psicoeducativas son realizadas principalmente por psicólogos especialistas en oncología pero parte importante de los estudios también fueron empleadas por enfermeras de urología entrenadas (Roesch et al. 2005; Penedo et al., 2006; 2007; Blochet al., 2007; Perchon et al., 2008; Wootten et al., 2014).

Si bien la mayoría de las intervenciones revisadas fueron de manera presencial es importante identificar que cada vez un mayor número de programas están utilizando programas con herramientas por vía telefónica o internet (Steginga et al., 2008; Wootten et al., 2014) mostrando buenos resultados, pues

aspectos como confidencialidad y anonimato han favorecido la aceptación por parte de estos hombres, este tipo de intervenciones han mostrado también superar barreras como distancia e incomodidad por el entorno hospitalario.

En todas las intervenciones se presentaron componentes psicoeducativos respecto a la anatomía masculina, respuesta sexual y aspectos básicos del cáncer.

En general todas las intervenciones identificadas mostraron brindar mejores puntajes en la calidad de vida del hombre con cáncer de próstata, la modalidad de intervención fue predominantemente grupal.

Debe aclararse que al momento de la presente investigación no se encontró ningún estudio en la materia, con autoría nacional. Por su parte Australia y Estados Unidos son dos de los países con un mayor interés en atender a pacientes con este tipo de cáncer desde una visión psicológica.

A modo de conclusión el presente capítulo trató de definir y resaltar la importancia de la TCC en relación al enfermo con CaP. Puede señalarse que la TCC ha demostrado ayudar en la búsqueda y mantenimiento de la calidad de vida en los enfermos con este tipo de cáncer.

El uso de esta terapia en el enfermo con CaP se traduce en la práctica de conductas saludables, hombres más comprometidos a cumplir con el tratamiento médico, que mejoran la comunicación tanto con su red de apoyo, como con el personal de salud, que saben manejar el estrés, la ansiedad y depresión de una manera más adaptativa en su vida cotidiana, capaces de compartir espacios de intimidad referente a necesidades sexuales con la pareja, y finalmente a vivir la experiencia del cáncer como una enfermedad menos estigmatizada desempeñando un papel más activo.

Capítulo 4. Propuesta de intervención

Planteamiento del Problema

En los capítulos anteriores se observó que el cáncer de próstata al igual que otros tipos de cáncer es una enfermedad que impacta en varias áreas del funcionamiento. Por lo que el trabajo multidisciplinario debe hacerse presente. La depresión y la ansiedad como los principales problemas identificados deben ser objeto de atención del psicólogo, desarrollando estrategias para que estas dificultades sean disminuidas.

Por todo lo anterior el objetivo de la presente intervención es promover estrategias de afrontamiento en hombres con cáncer de próstata en el proceso de su enfermedad para manejar los problemas de depresión y ansiedad desde un enfoque cognitivo conductual, mediante el Taller “Bigote y vida”.

Objetivo General

Promover estrategias de afrontamiento en hombres con cáncer de próstata en las etapas iniciales de su enfermedad, con la finalidad de manejar síntomas de depresión y ansiedad.

Objetivos Específicos

- a) Implementar estrategias psicoeducativas en los pacientes con cáncer de próstata con información clara y concisa sobre la enfermedad, tratamiento, efectos secundarios y la relación con su estado físico, emocional y social.
- b) Entrenar a los pacientes a manejar su incertidumbre, ansiedad y miedo, mediante técnicas de relajación.

- c) Implementar estrategias para una comunicación efectiva en el contexto del cáncer de próstata (pareja, personal médico, relaciones interpersonales).
- d) Modificar las creencias erróneas respecto a la masculinidad, intimidad y sexualidad alrededor de los efectos secundarios de los tratamientos en cáncer de próstata.
- e) Entrenar a los pacientes en estrategias de planeación de su futuro mediante la técnica de solución de problemas.

Método

Participantes

Criterios de inclusión

Serán candidatos a participar en el taller todos aquellos hombres remitidos por urología u oncología de un hospital de tercer nivel de atención con cáncer localizado en estadios clínicos I y II.

Criterios de Exclusión

No podrán participar hombres con antecedentes psiquiátricos, o problemas cognitivos en un periodo menor a 6 meses, ni en fase terminal de la enfermedad.

Criterios de Eliminación

Inasistencia en más de dos sesiones consecutivas.

Diseño

Se utilizará un diseño pre experimental de un solo grupo con evaluación pre-postest. La intervención consistirá en un taller de 8 sesiones semanales las cuales tendrán en promedio 90 min de duración. El número de participantes del taller dependerá del aula o salón disponible.

Escenario

El taller estará diseñado para aplicarse preferentemente en un hospital de tercer nivel de atención. Debido a la especialización médica de sus unidades y a la demanda de la población.

Materiales

Sillas, escritorio, lap top, proyector, consentimiento informado.

Instrumentos

Se aplicarán:

La Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) que evalúa los síntomas cognitivos y conductuales de la ansiedad y la depresión. Ha sido aplicada en pacientes que acuden con regularidad a ambientes hospitalarios, no psiquiátricos, con lo cual resulta una buena herramienta para la detección de malestar psicológico en población médicamente enferma (Noguera, Pérez, Barrientos, Robles y Sierra, 2013). Este instrumento está compuesto por 14 ítems, 7 de ellos miden la depresión y 7 la ansiedad, su puntaje varía entre 0 a 21 puntos, cuenta con una escala de tipo Likert con 4 respuestas que van de 0 a 3 y un alpha de Cronbach de .85, existe un acuerdo de su alta fiabilidad y validez en diferentes poblaciones (Zigmond y Snaith, 1983).

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del síntoma (ansiedad o depresión) que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad (Riedemann, 2001).

Variables

Dependiente. Niveles de Ansiedad y Depresión

Definición conceptual.

-La ansiedad es definida como una respuesta normal y adaptativa del organismo cuando se encuentra en condiciones de peligro. Donde la incertidumbre, el aumento de la dependencia y la imposibilidad de ejercer el control en una situación específica se hacen presentes. La ansiedad se convierte en desadaptativa cuando es exagerada y desproporcionalmente relacionada a la magnitud del peligro, o en este caso cuando se convierte en un impedimento crónico de recuperación (Levin y Alici 2010 citados en Kallay y Dégi, 2014).

-La depresión será definida conceptualmente como un estado del individuo donde la tristeza y la pérdida del interés respecto a las actividades cotidianas es inminente y abrumadora para la persona, lo que es traducido a un estado de ánimo disfórico, anhedonia, desesperanza, impotencia, culpa, baja autoestima, inutilidad, aislamiento social, cambios en el comportamiento sexual, ira etc. (Barraclough, 1999).

Definición operacional

La ansiedad y la depresión serán definidas mediante los componentes del instrumento HADS y las EVA's de estado de ánimo.

Independiente. Intervención “Taller: Bigote y Vida”

Definición conceptual

Será entendido como un espacio donde se enseñan y aplican técnicas, nuevos conceptos, métodos o estrategias de aprendizaje (Moccio 1994, citado en Diamondstone, 1991).

Definición operacional

Será entendido como el conjunto de técnicas cognitivo conductuales aplicadas a los pacientes con CaP. Las cuales consistirán en el entrenamiento en

componentes específicos de las siguientes técnicas: psicoeducación, ejercicios en reestructuración cognitiva, asertividad, solución de problemas y relajación.

Procedimiento

La secuencia del taller estará compuesta por cuatro fases (Ver Figura 7) las cuales se describen a continuación.

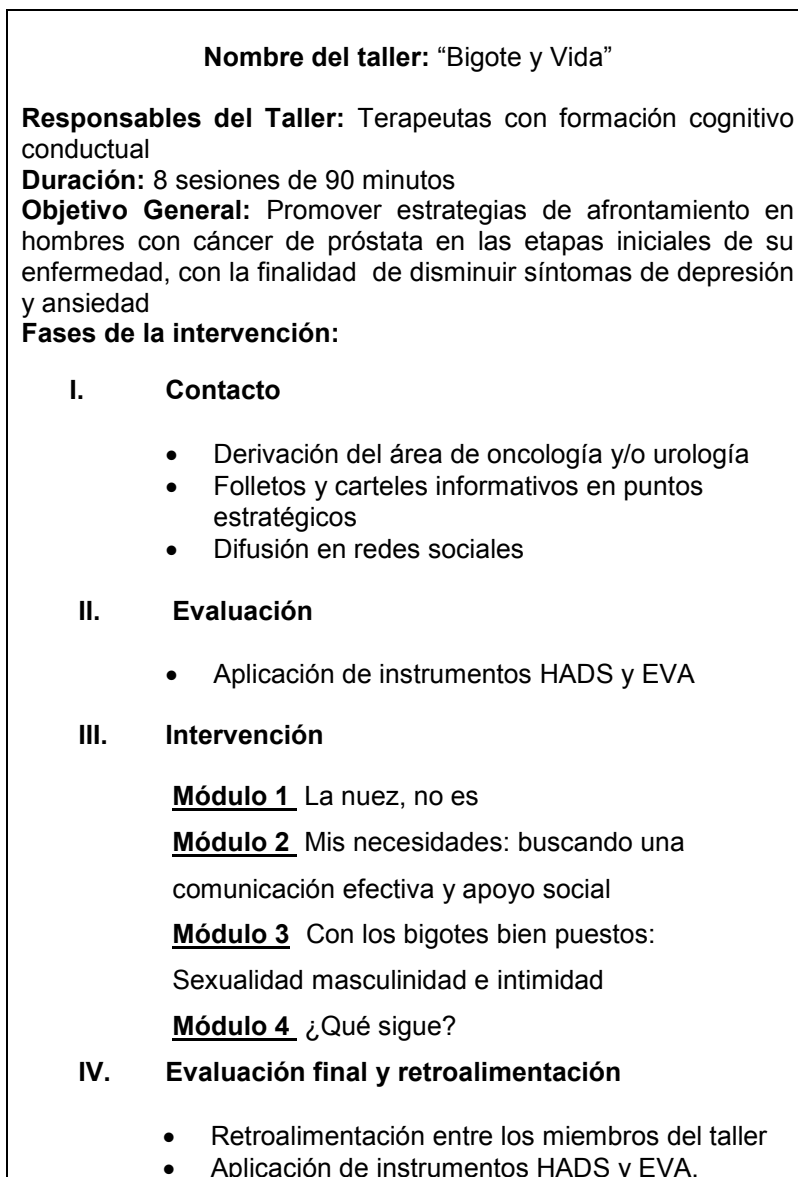


Figura 7. Esquema general del taller

Fase I. Contacto

El reclutamiento de los participantes se llevará a cabo mediante la cooperación de los médicos del área de urología y oncología, área en la cual se les realizará la invitación a los hombres con diagnóstico de CaP en fases tempranas. También folletos informativos y carteles que difundan la intervención serán colocados en puntos estratégicos.

Así mismo anuncios en las redes sociales serán compartidos para la atracción del mayor número de participantes, facilitando los datos de contacto.

Las personas interesadas serán citadas y se les otorgará una explicación de los objetivos que persigue el taller, en este momento se les otorgará el consentimiento informado. Se preguntará si se conoce a alguien más con la enfermedad y se le comentará que puede extender la invitación o bien facilitar algún tipo de contacto.

Fase II. Evaluación

Una vez compuesto el grupo y firmado el consentimiento informado, se procederá a la aplicación del Pretest con los instrumentos HADS y EVA.

Posteriormente los psicólogos encargados presentarán la importancia del taller y los objetivos que este persigue de forma grupal.

Fase III. Intervención

Esta fase consistirá en la aplicación del taller “Bigote y vida” el cual estará compuesto de 8 sesiones. Su aplicación estará destinada a durar aproximadamente 2 meses.

A continuación se desarrollan los objetivos perseguidos por modulo y sesión.

MÓDULO 1

La nuez, no es

Objetivo General: Implementar estrategias psicoeducativas a los pacientes con cáncer de próstata con información clara y concisa sobre la enfermedad, tratamiento, efectos secundarios y la relación con su estado físico, emocional y social.

Sesión	Objetivos específicos	Temas	Intervención
1	Que los integrantes del grupo se conozcan	1. Presentación	Dinámica de presentación
	Que los integrantes del taller identifiquen información acerca del cáncer de próstata, sus tratamientos, efectos secundarios y su impacto en el ámbito cognitivo y conductual	2. Generalidades CaP <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas • Factores de Riesgo • Diagnóstico y Tratamiento 	Psicoeducación
	Que los participantes identifiquen técnicas de relajación como estrategia para manejar la ansiedad la ira, el miedo y la incertidumbre	3. Reacciones emocionales derivadas del CaP <ul style="list-style-type: none"> • Estrés • Miedo • Ira 	Entrenamiento breve en Relajación
		4. ¿Qué hacer?	
2	Que los participantes compartan su experiencia de vivir con cáncer	1. ¿Cómo ha cambiado mi vida a partir de la enfermedad?	Psicoeducación
	Que los integrantes puedan identificar las características del modelo A-B-C de Ellis aplicándolo en su vida cotidiana	2. Reacciones emocionales derivadas del CaP <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Depresión 	Ejercicios de Reestructuración cognitiva
	Que los participantes identifiquen técnicas de relajación como estrategia para manejar la ansiedad y depresión.	3. ¿Cómo sentirme mejor?	Entrenamiento breve en Relajación

MÓDULO 2

Mis necesidades: buscando una comunicación efectiva y apoyo social

Objetivo General: Implementar estrategias para una comunicación efectiva y búsqueda de apoyo en el contexto del cáncer de próstata (Pareja, personal médico, relaciones interpersonales).

Sesión	Objetivos específicos	Temas	Intervención
3	<p>Que los participantes identifiquen sus necesidades (Emocionales, sociales, informativas, etc.)</p> <p>Que los participantes apliquen estrategias de reestructuración cognitiva respecto a pedir apoyo</p> <p>Que los participantes definan e identifiquen las redes de apoyo con las que cuentan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuáles son mis necesidades? 2. ¿Por qué es importante comunicarlas? 3. ¿Cómo y a quienes las expreso? 	<p>Psicoeducación</p> <p>Ejercicios de Reestructuración cognitiva</p> <p>Asertividad</p> <p>Entrenamiento breve en relajación</p>
4	<p>Que los participantes definan e identifiquen las barreras de una comunicación efectiva</p> <p>Que los participantes definan y practiquen los elementos de una comunicación efectiva en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contexto médico • Contexto familiar • Contexto social <p>Que los participantes empleen técnicas de relajación y reestructuración cognitiva</p> <p>Que los participantes se familiaricen con la técnica de solución de problemas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Por qué es importante pedir ayuda y qué me lo ha impedido? 2. ¿Con quiénes cuento y a dónde puedo acudir? 3. Retos y estrategias en la comunicación dentro del contexto con CaP. 	<p>Psicoeducación</p> <p>Asertividad</p> <p>Ejercicios de reestructuración cognitiva</p> <p>Solución de Problemas</p> <p>Entrenamiento breve en relajación</p>

MÓDULO 3

Con los bigotes bien puestos: Sexualidad masculinidad e intimidad

Objetivo General: Modificar las creencias erróneas respecto a la masculinidad, intimidad y sexualidad alrededor de los efectos secundarios de los tratamientos en cáncer de próstata

Sesión	Objetivos específicos	Temas	Intervención
5	Que los participantes amplíen su concepto de masculinidad y sexualidad	1. ¿Qué es ser hombre?	Psicoeducación
	Que los participantes empleen técnicas de reestructuración cognitiva en relación a mitos o creencias en su sexualidad	2. ¿Cómo volver a disfrutar mi vida sexual?	Solución de Problemas Ejercicios de reestructuración cognitiva
	Que los participantes identifiquen los componentes de la técnica de solución de problemas enfocada en aspectos sobre su sexualidad	3. Comunicación, Sexualidad y Pareja	Entrenamiento breve en relajación Asertividad
6	Que los participantes practiquen la comunicación efectiva en contexto de pareja	1. ¿Cómo adaptar mi vida en pareja después del cáncer?	Psicoeducación Ejercicios de reestructuración cognitiva
	Que los participantes empleen técnicas de relajación y reestructuración cognitiva en relación a problemas en su sexualidad	2. ¿Cómo puedo manejar la disfunción eréctil y la incontinencia urinaria en mi vida cotidiana?	Asertividad Solución de Problemas
	Que los participantes identifiquen los componentes de la técnica de solución de problemas y la apliquen en aspectos de higiene	3. Otros cambios	Entrenamiento breve en relajación

MÓDULO 4 ¿Qué sigue?

Objetivo General: Entrenar a los pacientes a planear su futuro mediante estrategias de solución de problemas y trabajo bajo objetivos.

Sesión	Objetivos específicos	Temas	Intervención
7	Que los participantes identifiquen sus miedos e incertidumbres respecto al futuro en relación a su enfermedad	1. ¿Y ahora qué?	Psicoeducación
	Que los participantes identifiquen estrategias de reestructuración cognitiva respecto su futuro	2. Planeando actividades ¿Qué hay por hacer?	Entrenamiento breve en Relajación
	Que los participantes practiquen técnicas de relajación	3. ¿Qué va primero?	Solución de Problemas
	Que los participantes prioricen sus intereses actuales		Ejercicios de reestructuración cognitiva
	Que los participantes practiquen la estrategia de solución de problemas respecto a cómo llevar acabo sus actividades más importantes		
8	Que los participantes aprendan a trabajar bajo objetivos	1. Mi futuro y tiempo libre	Psicoeducación
	Que los participantes realicen una planeación de su vida cotidiana y su tiempo libre	2. Metas y Conductas Saludables	Entrenamiento breve en Relajación
	Que los participantes identifiquen actividades recreativas a las que se puedan integrar	3. ¿Qué me llevo?	Solución de Problemas
	Que los participantes identifiquen hábitos y conductas saludables		Ejercicios de reestructuración cognitiva
	Que los participantes repasen los contenidos expuestos en el taller		

Fase IV. Evaluación Final y Retroalimentación

Cierre del taller. Los participantes compartirán su experiencia de participar en un taller como este y el aprendizaje obtenido. Finalmente se aplicarán el post test de los instrumentos HADS y EVA.

Posibles limitaciones de la propuesta

- A) Inasistencia por tratamientos médicos
- B) Incomodidad respecto a temas abordados
- C) Progreso de la enfermedad
- D) Falta de presupuesto económico y acceso al centro de salud

CONCLUSIONES

El objetivo general de la presente investigación fue describir cuáles son los problemas psicológicos a los que se enfrenta el paciente con cáncer de próstata y cuál ha sido su manejo desde el enfoque cognitivo conductual. En ese tenor los hallazgos son puntualizados a continuación.

- 1) El cáncer de próstata es una enfermedad poco conocida en la población mexicana, particularmente en el sexo masculino, lo que dificulta su diagnóstico oportuno y tratamiento. Esta enfermedad presenta dificultades en relación a su atención médica y psicológica como: el carácter asintomático de su condición, el poco uso de los servicios de salud por parte del sexo masculino, lo invasivo de las pruebas diagnósticas y tratamientos, las creencias de pedir ayuda como signos de debilidad, el tipo de afrontamiento evitativo de estos hombres, condiciones relacionadas a costos económicos y de acceso a servicios de salud especializados.
- 2) La depresión, la ansiedad, el estrés y los problemas sexuales son los problemas psicológicos predominantes identificados en esta población. Estos problemas pueden estar presentes a lo largo de toda la enfermedad desde la espera diagnóstica, hasta el final de la vida. La depresión particularmente es el principal problema, seguido de la ansiedad.
- 3) Existen diversas variables tanto médicas, cognitivas, conductuales y sociales que están en constante interrelación y que aumentan la probabilidad de presentar, mantener o agravar un problema psicológico en estos pacientes. En el paciente con cáncer de próstata se ha identificado que las causas particulares que desencadenan problemas psicológicos están relacionadas a la funcionalidad de la vida cotidiana en aspectos sexuales e higiénicos. Derivados de la incontinencia urinaria, problemas gastrointestinales y la disfunción eréctil.

- 4) Creencias relacionadas a la disminución de la masculinidad a partir del cáncer, de oler y verse mal, de morir, y de dejar de ser independiente están íntimamente relacionados con una mala calidad de vida. La expresión del malestar en estos hombres será tan variada como el comportamiento del cáncer en sí mismo. Sin embargo, algunas conductas que presentan son: aislamiento, ira, irritabilidad y evitación.
- 5) La ansiedad como segundo problema psicológico en estos hombres aumenta durante el periodo de la espera diagnóstica, la elección del tratamiento y las recidivas. La toma de decisiones que implican cambios irreversibles provoca periodos de tensión y miedos importantes. En este punto el estrés también es un problema común que se desencadena por situaciones como el ser aceptados por las instituciones de salud, por la poca familiarización con contextos hospitalarios y por los costes económicos de los tratamientos.
- 6) Las tendencias en los números nos indican que en próximas décadas aumentarán los casos en hombres de menor edad, para quienes el desempeño sexual tiene importancia dentro de su vida cotidiana, lo que en términos de bienestar se traduce a una mayor necesidad de intervenciones psicológicas que aborden cuestiones de índole sexual y de pareja.
- 7) El presentar un problema psicológico en cualquiera de sus variaciones tendrá implicaciones importantes a nivel individual, familiar y social. Como lo son la no adherencia al tratamiento médico y psicológico, estancias hospitalarias prolongadas, mayores costos en el sector salud y reducción de las oportunidades de sobrevida.
- 8) En los estudios revisados la TCC en el manejo de esta población ha mostrado un interés en la funcionalidad de estos hombres, y una alta efectividad con resultados positivos en todos sus casos. Los temas

principalmente abordados son sexualidad, ajuste marital, manejo de estrés, ansiedad, depresión y toma de decisiones. Respecto a las técnicas más usadas se identificaron la psicoeducación, reestructuración cognitiva, solución de problemas y relajación muscular progresiva. La modalidad grupal fue la estrategia principalmente empleada, seguida por intervenciones en pareja.

- 9) La atención de los problemas psicológicos en el paciente con cáncer se ha visto mermada debido a lo heterogéneo de su población a la falta de recursos o competencias por el personal de salud y a la concepción de que varias reacciones emocionales corresponden a un ajuste “normal” de la enfermedad, siendo un tratamiento psicológico infravalorado.

Desde una visión personal es alarmante que intervenciones psicológicas en el ámbito (a cualquier nivel) en nuestro país sean tan escasas o pobremente difundidas a comparación de movimientos a nivel mundial como Movember o Prostate Cancer UK. Lo que bien puede atribuirse a la poca creatividad del personal de sector salud para crear estrategias que promuevan motiven y mantengan participativos a estos hombres o bien, al poco interés en el presupuesto destinado para manejar esta enfermedad. Es por ello, que planteo la posibilidad de ampliar intervenciones en la materia que cubran las necesidades psicológicas de hombres con cáncer de próstata, porque al final del día puede decirse que hoy México es un país de jóvenes; pero esto no siempre será así.

REFERENCIAS

- Álvarez, M., Escudero, P. y Hernández, N. (2008). Cáncer de próstata. *Revista Mexicana de Urología*, 68(4), 250-259. Recuperado el 30 de Agosto del 2015, de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2008/ur084l.pdf>
- American Cancer Society (2012). *Datos y Estadísticas sobre el cáncer entre los hispanos latinos 2012-2014*. Atlanta: Autor.
- American Society of Clinical Oncology (2013). Cáncer de próstata: Estadios. Recuperado el 30 de Agosto del 2015, de: <http://www.cancer.net/node/18128>
- American Cancer Society (2015). Cáncer de Próstata .Recuperado el 30 de Agosto del 2015, de: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002319-pdf.pdf>
- Arón, A. y Milicic, N. (1999). *Programa de Desarrollo de Habilidades Sociales Vivir con Otros*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Barracough, J. (1999). *Cancer and Emotion: A Practical Guide to Psycho-oncology*. England: Willey.
- Becerra, A. (2014). Medicina conductual aplicada a pacientes oncológicos. En: L. Reynoso Erazo y A. Becerra Gálvez (Eds.), *Medicina Conductual Teoría y Práctica*, (Primera edición, pag.313-332).México, Distrito Federal: Qartuppi.
- Beck, A. (1992). Terapia Cognitiva de la Depresión. Recuperado el 2 de Septiembre del 2015, de: <http://w.w.w.cpaaronbeck.com//>
- Bellver, A. (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. Junta Provincial Asociada de Valencia de la Asociación Española Contra el Cáncer. *Psicooncología*, 4(1), 133-142.
- Benedict, G. y Hoff, J. (2012). *What you need to know about prostate cancer*. Nova Science Publishers.
- Bloch, S., Love, A., Macvean, M., Duchesne, G., Couper, J. y Kissane, D. (2007). Psychological adjustment of men with prostate cancer: a review of the literature. *BioPsychoSocial Medicine*, 1(2), 1-14. Doi: 10.1186/1751-0759-1-2

- Bravo, M. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónicos degenerativos. En: L. Reynoso Erazo y A. Becerra Gálvez (Eds.), *Medicina Conductual Teoría y Práctica*, (Primera edición, pag. 43-64). México, Distrito Federal: Qartuppi.
- Carballido, J. (1998). Cáncer de próstata avanzado. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 22 (2) ,33-43.
- Dahab, G., Rivadeneira C. y Minici, A. (2002). La depresión desde la Terapia Cognitivo Conductual. Recuperado el 2 de Septiembre del 2015, de: <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>
- Diamondstone, J. (1991). *Talleres para padres y maestros*. Editorial Trillas: México D.F.
- Díaz, M., Ruiz M. y Villalobos A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Eardley, I. y Palit, V. (2012). Living with Penile Cancer: Effects on Psychology and Quality of Life. En: Munner, A., Arya, M., y Horenblas, S. (Eds.), *Textbook of penile cancer*. London: Springer.
- Estepé, T. (s/a). Cáncer de Próstata: aspectos psicológicos. Recuperado el 30 de Agosto del 2015, de: <http://www.theprostatenet.org/espanol/Dr.%20Estape.pdf>
- European Society for Medical Oncology (2014). Cáncer de próstata: Una guía para pacientes información para el paciente basada en la guía clínica de la ESMO. Recuperado el 30 de Agosto del 2015, de: <https://www.esmo.org/content/download/6628/115197/file/Cancer-de-prostata-Guia-para-Pacientes-ACF-ESMO.pdf>
- Fernández, B., Pascual, C. y García, A. (2004). El cáncer de próstata en la actualidad Asociación Española Contra el Cáncer. *Psicooncología*, 1(2-3), 181-190.
- Galindo, O., Pérez, H., Alvarado, S., Rojas, E., Álvarez, M., Aguilar, S. (2013). Efectos de la terapia cognitivo conductual en el paciente oncológico: una revisión. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(2), 108-115.

- Golden, W., Gersh, W., y Robbins, D. (1992). *Psychological Treatment of Cancer Patients*. New York: PergamonPress.
- Grau, J., Llantá, M., Chacón, M., Fleites, G. (1999). La sexualidad en pacientes con cáncer: Algunas consideraciones sobre su evaluación. *Revista Cubana de Oncología*, 15(1), 49-65.
- Heidenreich, A., Ausb, G., Bollac, M., Joniaud, S., Matveeve, V., Schmidf, H., Zattonig, F. (2009). Guía de la EAU para el Cáncer de Próstata. *Actas Urológicas Españolas*, 33(2), 113-126.
- Heidenreich, A., Bolla, M., Joniau, S., Mason, M., Matveev, V., Mottet, N. ..., Zattoni, F., (2010). Guía clínica sobre el cáncer de próstata. Recuperado el 2 de Septiembre del 2015, de: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/01-GUIA-CLINICA-SOBRE-EL-CANCER-DE-PROSTATA.pdf>
- Hernández, M., Cruzado, J. y Arana, Z. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología*, 4(1), 179-191.
- Ibáñez, E. (2004). El papel del psicólogo en los planes nacionales de oncología. *Boletín de Psicología*, 82, 7-24.
- Infirmus (2015).Cáncer de próstata. Recuperado el 10 de Agosto del 2015 de: <http://www.infirmus.es/prostata-cancer-de/>
- Instituto da Próstata e Incontinencia Urinaria (s/a). Anatomía da Próstata. Recuperado el 20 de Agosto del 2015 de: <http://institutodaprostata.com/prostata/anatomia-da-prostata/>
- Instituto de Enfermedades Prostáticas. (2007). Hiperplasia benigna de próstata. Recuperado el 18 de Marzo del 2015, de: http://www.institutoep.com/hiperplasia_generalidades.html
- Instituto Nacional de Cancerología (2011). Onco Guía Cáncer de Próstata. Recuperado el 8 de Septiembre del 2015, de: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1298053652.pdf>
- Instituto Nacional del Cáncer de los institutos Nacionales de la salud de EE. UU. (2014). Cáncer de próstata—para pacientes. Recuperado el 12 de Septiembre del 2015, de:

<http://www.cancer.gov/espanol/tipos/prostata/paciente/tratamiento-prostata-pdq>

Instituto Nacional del Cáncer (2015). Cáncer de próstata: Tratamiento—para profesionales de salud. Recuperado el 8 de Septiembre del 2015, de: http://www.cancer.gov/espanol/tipos/prostata/pro/tratamiento-prostata-pdq#link/_2283_toc

Institutos Nacionales de la Salud e Instituto Nacional del Cáncer (2007). Lo que usted necesita saber sobre el cáncer de próstata. Recuperado el 8 de Agosto del 2015, de: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/prostata.pdf>

International Agency for research cancer (2012). GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence World Wide 2012. Recuperado el 18 de Agosto del 2015, de: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

Kállay, E. y Dégi, C. (2014). Distress in Cancer Patients. *Cognition Brain & Behavior*, 1, 17-38.

Keawe'aimoku, J., Godoya, A., O'Brien, W., Haynes, S., Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2),117-127. Doi: 10.5093/cl2013a13

Landa, E., Greer, J., Vite, A., Sánchez, S., y Riveros, A. (2014). Descripción de la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad en pacientes con cáncer terminal. *Psicooncología*, 11(1), 151-162. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44924

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, coping, and adaptation*. New York: Springer.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona.

Ministerio de Salud Gobierno de Chile (2010). Guía clínica cáncer de próstata en personas de 15 años y más. Gobierno de Chile. Recuperado el 8 de Septiembre del 2015, de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/722233c6b946cd08e04001011f011d5e.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Guía de Práctica Clínica. Recuperado el 14 de Septiembre del 2015 de:

<http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Gu%C3%ADa-para-pacientes-de-c%C3%A1ncer-de-pr%C3%B3stata.aspx>

Ministerio de Sanidad y Consumo Gobierno de España (2008). Guía de Práctica Clínica sobre el Tratamiento de Cáncer de Próstata. Gobierno de España. Recuperado el 8 de Septiembre del 2015, de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_431_Ca_Prostata_ICs_compl.pdf

Moreno, C. (2012). Terapias Cognitivo – Conductuales de tercera generación (TTG): La atención plena / mindfulness. *Revista internacional de Psicología*, 12(1), 1-18.

Moreno, K., Nassar, C., Vargas, S. (2011). La terapia Cognitivo Conductual en el manejo de pacientes oncológicos. Recuperado el 6 de Octubre del 2015 de: http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/3450/Camila%20Mar%C3%ADa%20Nassar%20Pinz%C3%B3n_152691.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Nicholson, K. y Burgess, M. (2002). *Communication in cancer care*. Oxford: Blackwell.

Noguera, M., Pérez B., Barrientos, V., Robles, R., Sierra, J. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37.

Oraá, N., Sánchez, M., Lentati, G., Vélez, E., Cevallos, F., y Pino, N. (2013). Eficacia de las intervenciones psicológicas en hombres con cáncer de próstata. Asociación Española contra el Cáncer. *Psicooncología*, 10(2-3), 339-351. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43454

Penedo, F., Molton, I., Dahn, G., Shen, B., Kinsinger, D., Traeger, L., Antoni, M. (2006). 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. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(3), 261-270.

Penedo, F., Traeger, L., Dahn, J., Molton, I., González, J., Schneiderman, N., y Antoni, M. (2007). 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. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(3), 164-72.

- Perchon, L., Palma, P., Magna, L., Dambros M. (2008). Terapia grupal de comportamiento mejora la calidad de vida en hombres post prostatectomía radical. *Actas Urológicas Españolas*, 32(2).
- Prieto, A. (2004). Psicología oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 107-120.
- Primeros Auxilios (2015). Importancia de los problemas de la próstata. Recuperado el 18 de Agosto del 2015 de: <http://www.primerosauxilios.org/urologicas/importancia-de-los-problemas-de-prostata.php>
- Riedemann, P. (2001). Clinimetría: Aspectos Generales sobre medición en enfermedades musculo esqueléticas. *Revista Chilena de Reumatología*, 17, 173-178.
- Rodriguez, M. Baluja, I. y Bermúdez. V., (2007). Patologías benignas de la próstata: prostatitis e hiperplasia benigna. *Revista Biomédica*, 18, 47-59.
- Roesch, S., Adams, L., Hines, A., Palmores, A., Vyas, P., Tran, C., Pekin, S., y Vaughn, A. (2005). Coping with Prostate Cancer: A Meta-Analytic Review. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(3), 281-93.
- Schroeder, I., M., Xochipitécatl, J., Castellanos, H. y Cruz, P. (2012). Papel de la crioterapia en el tratamiento del cáncer de próstata localizado. Experiencia en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad. *Revista Mexicana de Urología*, 74(4), 162-166.
- Secretaria de Salud (2001). Programa de Acción: Cáncer de Próstata. Recuperado el 3 de Junio del 2015, de: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cancer_prostata.pdf
- Sotelo, R., Giedelman C., Arriaga J., Madrid, Y., Aponte, H., López, V., Zietman, A., Gaona, J., Sucre C. y Herrera, E. (2015). Prostate Cancer: A Patient's Guide. Recuperado el 26 de Marzo del 2015, de: <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-05600-5>
- Steginga, S., Ferguson, M., Clutton, S., Gardiner, F. y Nicol, D. (2008). Early decision and psychosocial support intervention for men with localised

prostate cancer: an integrated approach. *Supportive Care Cancer*, 16, 821-829. Doi: 10.1007/s00520-007-0351-7

Vidal, M. (2008). *Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

Wootten, A., Abbo, J., Chisholm, K., Austin, D., Klein, B., McCabe, M., ...Murphy, D. (2014a). My Road Ahead study protocol: a randomised controlled trial of an online psychological intervention for men following treatment for localised prostate cancer. *BioPsychoSocial Medicine*, 14 (83). Doi:10.1186/1471-2407-14-83

Wootten, A., Abbott, J., Farrell A., Austin, D., y Klein, B. (2014b). Psychosocial interventions to support partners of men with prostate cancer: a systematic and critical review of the literature. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(8), 472-484. Doi: 10.1007/s11764-014-0361-7

Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. Doi:10.1111/j.16000447.1983.tb09716