

Adaptación psicológica del paciente y la familia al cáncer de próstata: La Psicooncología como protagonista

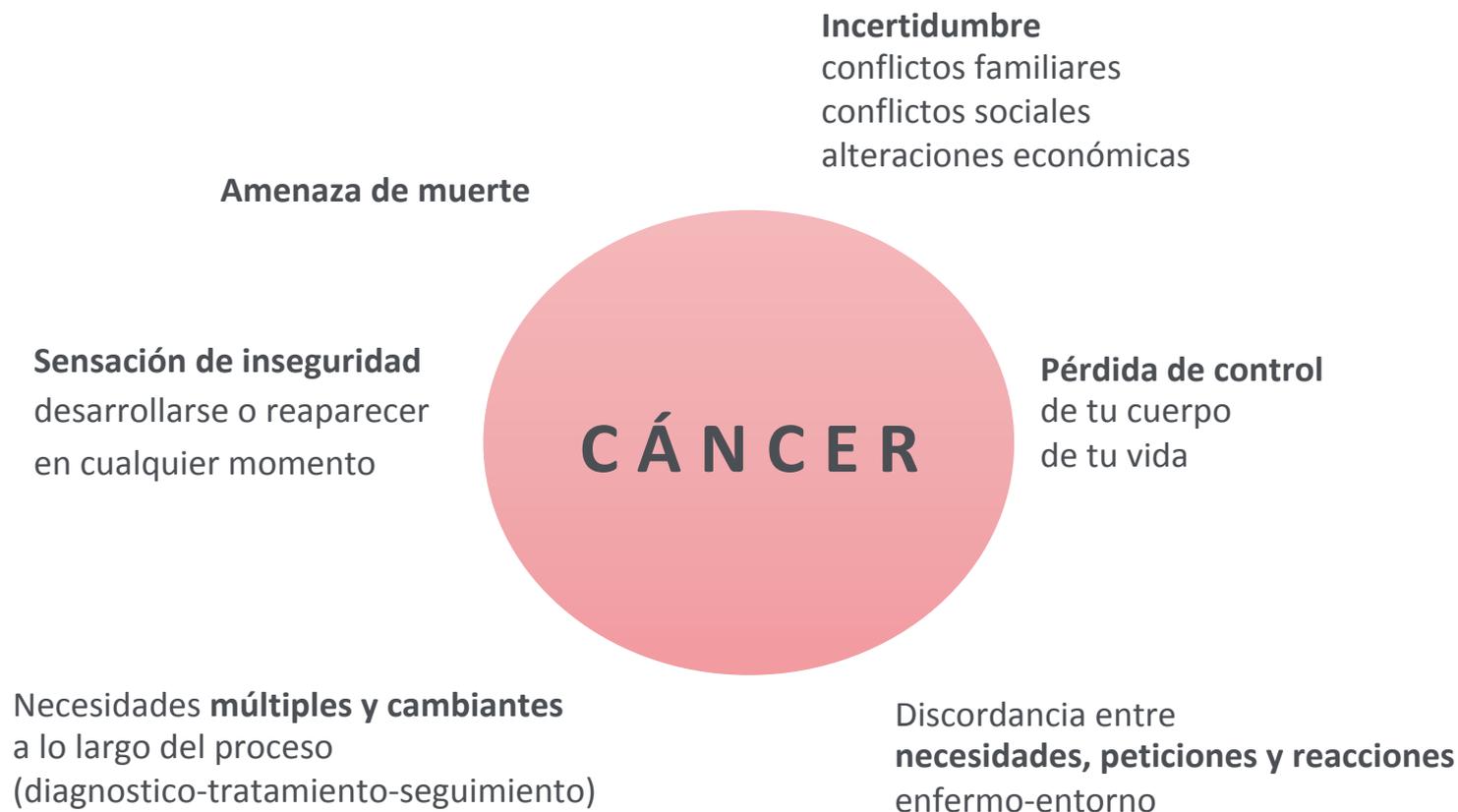
Marta Segura Valverde

Collado Villalba, 24 de Octubre de 2018

- 1º en número de diagnósticos en Europa y España
- 30.076 nuevos casos en España en 2017 (132/100.000)⁽¹⁾
- 75% de los casos > 65 años
- 65,5% sobreviven más de 5 años ⁽²⁾
- Fallecen unos 5.400 hombres al año (8,6% de las muertes por cáncer masculino; 2,8 % del total de muertes en hombres)
- Disminución de mortalidad desde años 90
- Edad media al fallecimiento 75 años



El cáncer como estresor



IMPACTO PSICOLÓGICO



Transición ser SANO – ser ENFERMO
Duelo por Pérdida de la salud

IMPACTO PSICOLÓGICO



Transición ser SANO – ser ENFERMO Duelo por Pérdida de la salud

Sensación de perder la vida

Pérdida de control
(tratamientos, decisiones)

Pérdida del proyecto vital
(momento oportuno, capacidad económica)

Pérdida del estilo de vida
(apoyo social, otros a su cargo)

Pérdida del sentimiento de igualdad de condiciones
(dos bandos: “los demás”)

Pérdida de la identidad
Autoconcepto
(hospitalizaciones, roles)

Pérdida de la capacidad de procreación
(reajuste de ideas o prioridades, crisis en la pareja, derecho del otro a alcanzar metas)

Pérdida de relaciones
(abandono, no darse cuenta, no acompañar...)

Pérdida de experiencias sexuales
(temor a no resultar atractivo, escapes, rechazo de la pareja)

Pérdida de la imagen de sí mismo
(cambios en el estado emocional)

Pérdida del esquema de valores prioritarios
“valoro más”
“entiendo más”

IMPACTO PSICOLÓGICO

- Aprox. 50% de los pacientes con cáncer → síntoma psiquiátrico no detectado por su médico ⁽³⁾
- Dx ca próstata = problemas psicosociales ⁽⁴⁻⁷⁾ que afectan a la familia, al funcionamiento personal y al bienestar físico-psicológico

IMPACTO PSICOLÓGICO



IMPACTO PSICOLÓGICO

Antes Dx

- Síntomas de depresión y ansiedad más frecuentes que en la p.g. masculina
- 30-66% ansiedad
- 10-30% síntomas depresivos ⁽⁸⁾

IMPACTO PSICOLÓGICO

Antes Dx

- Síntomas de depresión y ansiedad más frecuentes que en la p.g. masculina
- 30-66% ansiedad
- 10-30% síntomas depresivos ⁽⁸⁾

Al Dx

- Dx de cáncer de próstata genera miedo, ansiedad, ira, temores por la discapacidad, la dependencia o la muerte ⁽⁹⁾
- Dº cuadros ansiosos y depresivos ^(10,11)
- Al Dx 47% → trastornos psicológicos ⁽¹²⁾; Ansiedad 12-21%,
- Decisión entre tratamientos

IMPACTO PSICOLÓGICO



Antes Dx

- Síntomas de depresión y ansiedad más frecuentes que en la p.g. masculina
- 30-66% ansiedad
- 10-30% síntomas depresivos ⁽⁸⁾

Al Dx

- Dx de cáncer de próstata genera miedo, ansiedad, ira, temores por la discapacidad, la dependencia o la muerte ⁽⁹⁾
- Dº cuadros ansiosos y depresivos ^(10,11)
- Al Dx 47% → trastornos psicológicos ⁽¹²⁾; Ansiedad 12-21%,
- Decisión entre tratamientos

Tratamiento

- Mayor malestar emocional → efectos 2ios⁽¹³⁾
- Incontinencia urinaria: humillación, escapes, olor, pañales – evitación del contacto social y aislamiento
- Sexualidad: pensamientos en torno al contagio, impotencia, esterilidad, cómo acercarse a la pareja, cómo comunicarse con ella
- Imagen corporal: ansiedad interpersonal, distanciamiento, miedo a ser observado, autorreferencia negativa. Evitación cuerpo desnudo.

IMPACTO PSICOLÓGICO

A MP - LP

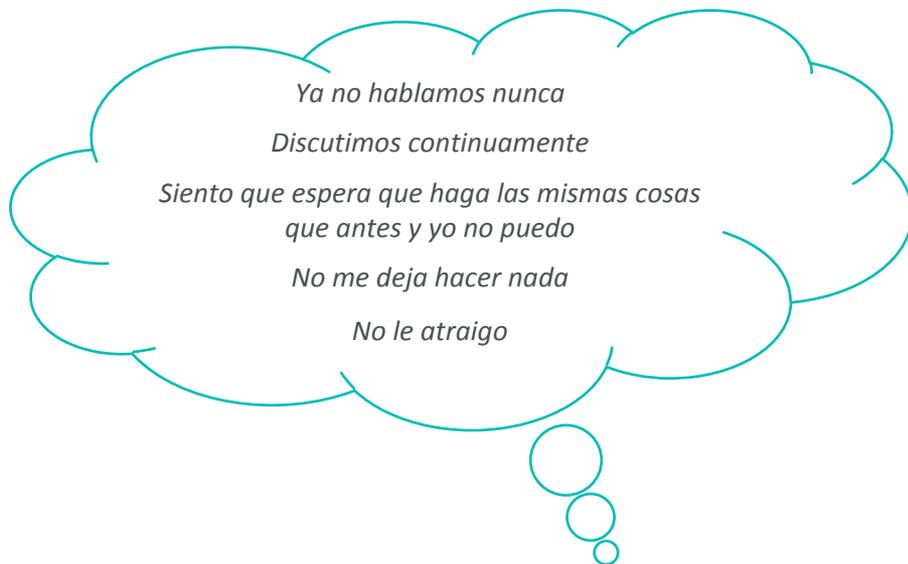
- Alteración percepción de masculinidad → repercusión en estado físico, cansancio, apatía, desmotivación, reducción de energía, deseo, intimidad
- Afectación de autoconcepto y autoestima ⁽¹⁴⁾
- 61% malestar psicológico en relación a DS más de 4 años después
- A los 6 años 37% algún trastorno psicológico ⁽¹²⁾

- Los pacientes con enfermedad avanzada tienen menores recursos psicológicos, mayor depresión y comorbilidad



- Malestar emocional, en ocasiones mayor:
 - impotencia ante no saber qué hacer
 - detección de necesidades del paciente y trato
 - dificultades en las relaciones sexuales: miedo a hacer daño, *“no resulto atractiva”*
 - carencia de información sobre el tratamiento y el pronóstico
 - menor percepción de autoeficacia y menos apoyo social y de recursos
 - miedo a recidiva y muerte

IMPACTO EN LA PAREJA



EN LA PAREJA

- Aislamiento emocional
- Inversión de roles (sentimiento de incompetencia)
- Frustración ante el afrontamiento del hombre
- Desbordamiento afectivo, irritabilidad
- Bloqueo emocional
- Sentimientos de inutilidad y culpa
- Temor a la muerte y a la recidiva
- No iniciativa de relaciones sexuales por temor



- H con cáncer utilizan menos los servicios de salud y apoyo psicológico que las mujeres ^(16,17):
 - < búsqueda de ayuda
 - H mayores = más reacios a realizar una ev. psicológica y admitir malestar emocional
- 4 / 140 pacientes

- H con cáncer utilizan menos los servicios de salud y apoyo psicológico que las mujeres ^(16,17):
 - < búsqueda de ayuda
 - H mayores = más reacios a realizar una ev. psicológica y admitir malestar emocional
- 4 / 140 pacientes
- ¿Por qué?
 - Imagen social de “poco peligroso”
 - Enfermedad del viejo ⁽¹³⁾
 - Idea social del hombre como no necesitado de ayuda psicológica. Actitud estoica

- H con cáncer utilizan menos los servicios de salud y apoyo psicológico que las mujeres ^(16,17):
 - < búsqueda de ayuda
 - H mayores = más reacios a realizar una ev. psicológica y admitir malestar emocional
- 4 / 140 pacientes
- ¿Por qué?
 - Imagen social de “poco peligroso”
 - Enfermedad del viejo ⁽¹³⁾
 - Idea social del hombre como no necesitado de ayuda psicológica. Actitud estoica

Si no se conoce el sufrimiento no se puede aliviar

OBJETIVOS CLÍNICOS ⁽¹⁸⁾

1. Facilitar la identificación y control del distrés emocional y sufrimiento como sexto signo vital del paciente (temperatura, respiración, tasa cardíaca, presión sanguínea y dolor)
2. Crear un contexto social grato y de confianza, en el que los pacientes y sus familiares se sientan cómodos
3. Apoyar a los pacientes y familiares en la solución de problemas de índole psicológica
4. Asumir el rol de consultor en asuntos relacionados con procesos de comunicación y problemas psicológicos (depresión, ansiedad...) que afecten al bienestar del paciente
5. Tratar trastornos psicopatológicos relevantes para el proceso de enfermedad*
6. Apoyar en la creación de un contexto de trabajo validante y amortiguador del estrés para el equipo

DESDE LA PSICOONCOLOGÍA

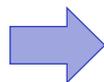
OBJETIVOS COMUNICACIONALES

1. Facilitar que los profesionales del equipo resulten responsivos a las necesidades y demandas psicológicas de los pacientes
2. Facilitar que los profesionales del equipo tengan un trato validante y de respeto de los pacientes de manera que éstos resulten empoderados en su autonomía y en su capacidad para tomar decisiones
3. Mediar en los problemas y conflictos que surjan en las relaciones familiares-pacientes y equipo
4. Facilitar el control y dominio de cuantas situaciones interpersonales críticas surjan en relación con el cuidado y atención de los pacientes y familiares
5. Apoyar al resto de profesionales del equipo en sus experiencias de afrontamiento de situaciones difíciles, en relación con la comunicación con familiares y pacientes, de manera que aquellos desarrollen mayor control y dominio

DESDE LA PSICOONCOLOGÍA

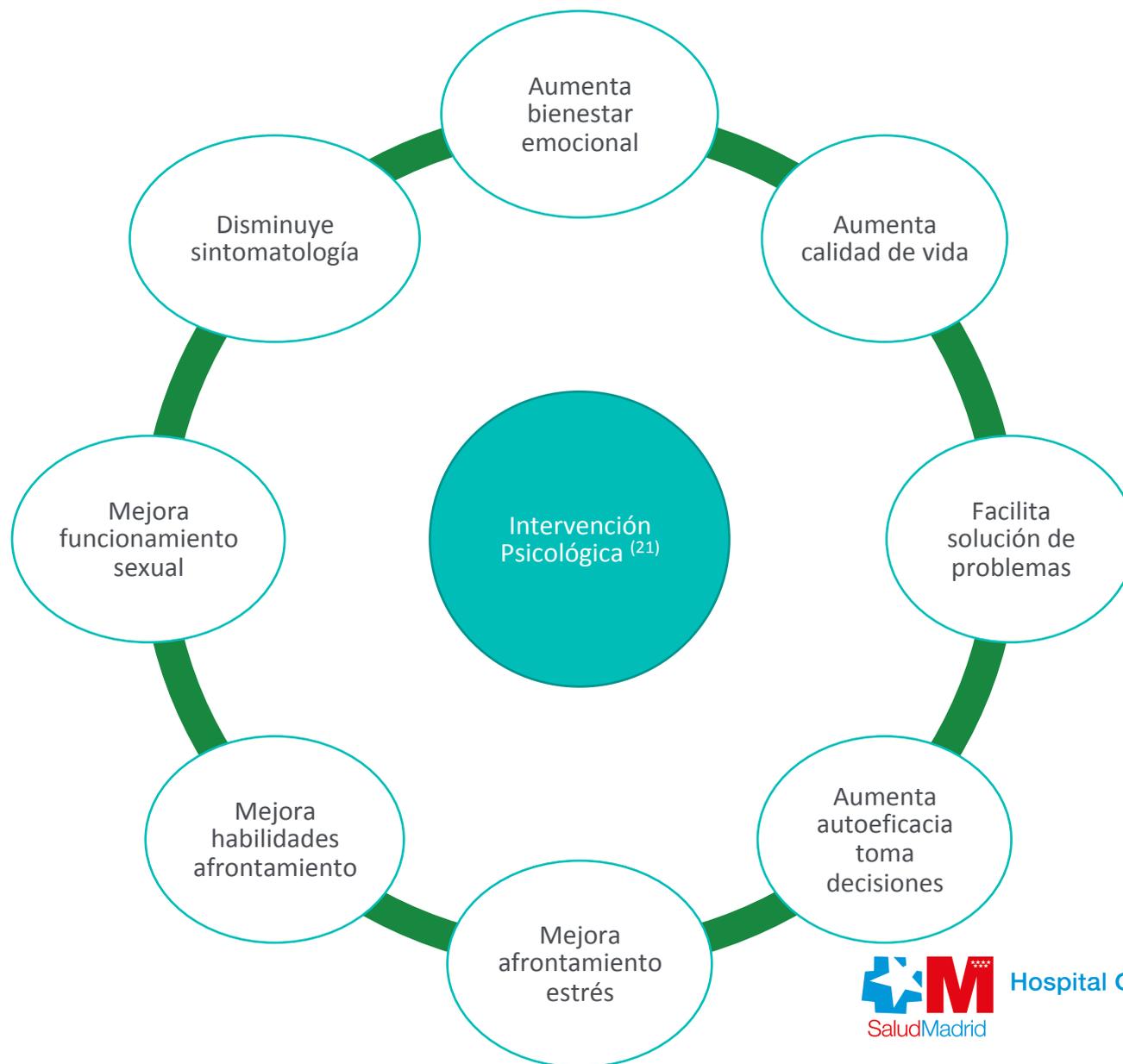
- Los hombres se benefician más de los efectos terapéuticos de las intervenciones psicológicas que las mujeres ⁽¹⁹⁾
- Mayor beneficio si ↓ autoestima y autoeficacia y ↑ síntomas depresivos ⁽²⁰⁾

Ventilación emocional
Psicoeducación
Counselling
Psicoterapia individual
Psicoterapia grupal
Terapia de pareja



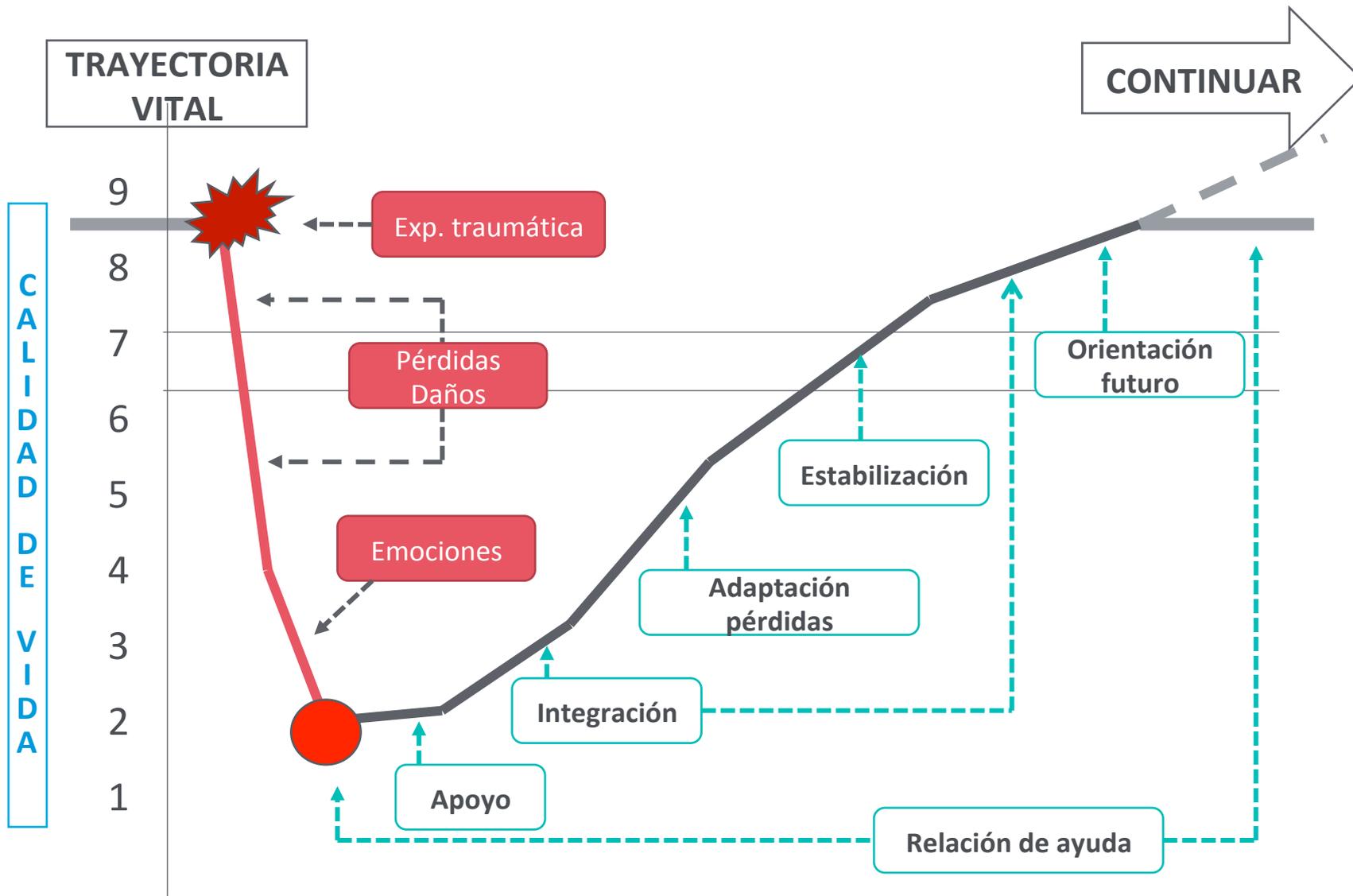
Relación factores psicológicos y cáncer
Identificación y regulación de emociones
Expresión del malestar emocional
Estrategias afrontamiento
Toma de decisiones
Relaciones interpersonales
Implementación de hábitos saludables

DESDE LA PSICOONCOLOGÍA



DESDE LA PSICOONCOLOGÍA

Intervención en trauma (22)





Y ADEMÁS... EL PAPEL DEL MAP



Hospital General de Villalba





1. A.E.C.C. Cáncer de próstata en cifras. Asociación Española Contra el Cáncer, 2018
2. A.E.C.C. Cáncer de próstata 2018 [10 - 10 - 2018]. Available from: <https://http://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-prostata>
3. Schulberg HC, Burns BJ. Mental disorders in primary care: Epidemiologic, diagnostic, and treatment research directions. *General Hospital Psychiatry*. 1988;10:79-87
4. Boonzair A, Schubach K, Troup K, Pollard A, Aranda S, Schofield P. Development of a psychoeducational intervention for men with prostate cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2009;27:136-53
5. Carlson LE, Bultz BD. Cancer distress screening: Needs, models and methods. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003;55:403-9
6. Lintz K, Moynihan C, Steginga S, Norman A, Eeles R, Huddart R, et al. Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic. *Psychooncology*. 2003;12:769-83
7. Namiki S, Saito S, Tochigi T, Numata I, Ioritani N, Arai Y. Psychological distress in Japanese men with localized prostate cancer. *International Journal of Urology*. 2007;14:924-9
8. Linden-Castro E, Pelayo-Nieto M, Alias-Melgar A, Ramírez-Galindo I, Nájjar-Pini C, Carreño-de la Rosa F, et al. Impacto psicológico en pacientes que se someten a biopsia transrectal de próstata y se diagnostican con cáncer de próstata. *Revista Mexicana de Urología*. 2014;74(6):351-4
9. Balderson N, Towell T. The prevalence and predictors of psychological distress in men with prostate cancer who are seeking support. *British Journal of Health Psychology*. 2003;8:125-34
10. Carlson LE, Bultz BD. Cancer distress screening: Needs, models and methods. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003;55:403-9
11. Lintz K, Moynihan C, Steginga S, Norman A, Eeles R, Huddart R, et al. Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic. *Psychooncology*. 2003;12:769-83
12. Grassi L, Rosti G. Psychosocial morbidity and adjustment to illness among long-term cancer survivors. *Psychosomatics*. 1996;37:523-32

BIBLIOGRAFÍA

13. Fernández B, Pascual C, García JA. El cáncer de próstata en la actualidad. *Psicooncología*. 2004;1(2-3): 181-90
14. Schover LR, Fouladi RT, Warneke CL, Neese L, Klein EA, Zippe C, et al. Defining sexual outcomes after treatment for localized prostate carcinoma. *Cancer* 2002;95(8):1773-85
15. Llorente MD, Burke M, Gregory GR, Bosworth HB. Prostate cancer: A significant risk factor for late-life suicide. . *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005;13:195-201
16. Dunn J, Steginga SK, Occhipinti S, McCaffrey J, Collins DM. Men's preferences for sources of information about and support for cancer. *Journal of Cancer*. 1999;14:238-42
17. Kunkel E, Bakker J, Myers R, Oyesanmi O, Gomella LG. Biopsychosocial aspects of prostate cancer. *Psychosomatics*. 2000;41:85-94
18. Costa Cabanillas M, Arranz Castillo De Albornoz P. Comunicacion y counselling en psicooncología. El encuentro con el paciente oncológico. In: Cruzado Rodríguez JA, editor. *Manual de psicooncología Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2013. p. 55-78
19. Steginga SK, Occhipinti S, Dunn J, Gardiner RA, Heathcote P, Yaxley J. The supportive care needs of men with prostate cancer. *Psychooncology*. 2001;10:66-75
20. Oraá Tabernero N, Sánchez Fuentes M, Ossola Lentati G, Vélez E, Cevas FJ, Del Pino N. Eficacia de las intervenciones psicológicas en hombres con cáncer de próstata. *Psicooncología*. 2013;10(2-3):339-51
21. Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*. 2002;94:558-84
22. Duque F, Mallo, M, Álvarez M. *Superando el trauma*. Ed: La liebre de marzo. 2004

Gracias por su atención



Hospital General de Villalba

 Comunidad de Madrid



Hospital General de Villalba

 **Comunidad de Madrid**

Marta Segura Valverde

Psicóloga clínica, PhD.

Dpto Psiquiatría. Programa Psicooncología

msegurav@hgvillalba.es