



We Are Victors

# EL JARDÍN DEL CÁNCER DE ELLOS

© FEFOC 2022

FEFOC: MIEMBRO DE EUROPA UOMO, USTOO Y MALE CARE

## EDITORIAL

Realizados ya o en vía de realización los diversos meses, semanas o días, según países, continentes, asociaciones y fundaciones, dedicados al cáncer de próstata, hacemos nuestra la pregunta del prestigioso Grupo de Trabajo Sobre Servicios Preventivos de los EE.U.U., ¿Cuáles son los beneficios y perjuicios de las pruebas de detección precoz del cáncer de próstata?

Esta pregunta, de difícil respuesta, nos la venimos haciendo desde hace años. En 1970 Richard J. Ablin, analizando tejidos y líquidos prostáticos, descubrió lo que se conoce como PSA (prostate specific antigen), proteína solo producida en las glándulas de la próstata, por sus células, sean normales o cancerosas.

El PSA revolucionó, en su momento, el diagnóstico precoz del cáncer de próstata (CP), ya que, en caso de su aumento permitía detectar dicho tumor, mucho antes que el tacto rectal u otros medios. Pero, junto con el progreso evidente que significó, trajo un nuevo problema: el PSA es producido de un modo exclusivo en la próstata pero tanto por sus células normales como las patológicas.

A más células (cáncer o hiperplasia benigna), más PSA, muchas veces difícil de diferenciar. O sea que el PSA es específico de la próstata pero no del CP. Ello conllevó que muchos enfermos fueron intervenidos por cánceres que hoy en día se consideran de una agresividad mínima, que no requieren tratamiento y evitan así las indeseables complicaciones de prostatectomía o radioterapia radical. Ello levantó una gran polémica entre los partidarios de utilizar el PSA en el diagnóstico precoz del CP y sus adversarios.

Polémica que persiste, irresuelta. En este número damos, en un primer artículo, la opinión de FEFOC, seguida de datos procedentes de prestigiosas organizaciones.

Mientras se aclara tan complicada polémica, no estamos a favor de quienes, con un cierto descaro, proclaman la necesidad de que todos los hombres a partir de los 50 años se practiquen un PSA anual.

(Sigue en la pág 2)

(Viene de la pág 1)

Al respecto recogemos las palabras del propio Ablin, en su libro escrito en colaboración con Ronald Piana, "The great prostate hoax" (El gran engaño de la próstata), editado por Palgrave Macmillan in the United States, 2014, que Ablin dedica nada menos que a "los incontables millones de hombres y sus familias que han sufrido innecesariamente por el mal uso del test del PSA". Según Ablin, su descubrimiento del PSA nunca se hizo pensando en su uso en el screening del CP, entre otras razones, por su falta de especificidad al no permitir distinguir entre aumento de PSA por CP o por un proceso benigno.

Informemos bien a los futuros pacientes, veamos los intereses ocultos, seamos justos.

Y seamos también justos con los pacientes de otra condición sexual con cáncer de próstata. Hay que promocionar los grupos de soporte que cubran sus necesidades psicológicas, de comunicación e información. En otro artículo expresamos la opinión de FEFOC al respecto.

Aparte, incluimos un importante artículo debido a la doctora Pilar Manchón, de gran importancia para el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes con CP. Uno de los problemas en dicho seguimiento es la aparente necesidad de repetidas biopsias. Pero podemos anunciar que la resonancia nuclear puede evitar la repetición de biopsias o atrasarlas, con lo que contribuiremos a la calidad de vida de dichos pacientes, que disfrutan de su decisión, valiente y moderna, de evitar tratamientos que fueron buenos antes pero cuya agresividad los hace innecesarios ahora.

La doctora Tania Estapé reseña la segunda entrega del reconocimiento de FEFOC a personas bienhechoras de la Fundación, lo que demuestra que la filantropía tiene asegurada su continuidad, por la juventud de las reconocidas.

Finalmente, la Dra. Mariana Flores, Psicóloga del instituto Nacional de cancerología de México nos habla de los efectos en la salud mental del hombre, de la estancia en la unidad de cuidados intensivos.

## **CRIBAJE (SCREENING) Y DIAGNÓSTICO PRECOZ**

Definimos el cribaje como las campañas públicas de gran escala, que se llevan a cabo en personas sanas, sin ni siquiera síntomas, con la intención de detectar la posible presencia de un CP oculto y muy inicial.

El objetivo fundamental de dichas campañas es la de reducir la mortalidad por CP, mediante su detección precoz y su tratamiento inmediato. Las campañas permiten seleccionar a las personas sospechosas de padecerlo; sospecha que, por supuesto, debe ser confirmada mediante la biopsia.

Pero un requisito para poner en marcha una campaña de cribaje, muy costosas y con problemas que mencionaremos un poco más adelante, es disponer de una prueba casi perfecta (en cierta manera, como la mamografía en mujeres). En CP disponemos solo del llamado PSA (del que también hablaremos en el apartado dedicado al diagnóstico del CP). Adelantemos ahora que el PSA es una proteína producida por la próstata, que se encuentra en su mayoría en el semen y en una pequeña porción, en la sangre. Es el marcador del crecimiento de la próstata. Pero no solo se eleva cuando hay un CP, sino también por otros motivos no oncológicos (aumento benigno de la próstata, infecciones o maniobras sexuales).

Pero, en la actualidad hay un gran debate sobre su utilidad en el cribaje. Muchos se preguntan sobre la efectividad real del cribaje en hombres sin síntomas. No se puede descartar que tumores detectados por cribaje, dado el lento crecimiento más habitual de muchos CP, no se hubieran convertido en CPs que amenazaran la vida del paciente. Además, se realizan biopsias y estudios complementarios que suelen culminar en tratamientos excesivos, con peajes en forma de problemas físicos, psíquicos, sociales y laborales.

(Sigue en la pág 3)

(Viene de la pág 2)

Por otra parte, es cierto que el PSA ha permitido disminuir el porcentaje de mortalidad por CP, al detectarse y tratarse CPs agresivos antes de que se hubieran extendido fuera de la próstata.

O sea que nos encontramos ante un difícil dilema, no resuelto y que sigue siendo objeto de muchas polémicas entre partidarios y detractores del screening mediante PSA.

Mientras se hallan instrumentos más específicos de CP (con menos falsos positivos y falsos negativos), que el PSA, recomendamos:

a) Que todo hombre con CP familiar se practique un primer PSA a los 40 años y, luego una vez al año.

b) Igual proceder es recomendable en afroamericanos, y

c) Que el resto de los hombres se lo planteen a nivel individual, dialogando con su médico sobre las ventajas e inconvenientes de determinarse su PSA.

\*Tomado del libro “Cáncer de próstata en heteros, gay y bisexuales”. De J. Estapé y T. Estapé.



Para adquirir el libro clique [aquí](#).

## SCREENING EN CÁNCER DE PRÓSTATA: CONTROVERSIAS

El doctor Atiyah Tidd-Jhonson, de la Division of Research & Academic Affairs, Larkin Community Hospital, South Miami, FL, USA y colaboradores, publican, en Current Urology, de Agosto de 2022, una importante revisión sobre las controversias acerca del screening en cáncer de próstata.

Para estos autores, dicho screening permanece como uno de los temas con mayor controversia, tanto a nivel científico como público. Buena parte se debe al hecho de que el screening, tal como se hace hoy en día, basado en el PSA, conduce a un exceso de diagnóstico y de tratamiento en muchos casos que en realidad son cánceres indolentes y de escaso desarrollo futuro.

Señalan Tidd-Johnson y Cols que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 1.414.259 casos y 375.304 muertes por CP. Los porcentajes de mayor mortalidad se detectan en el África subsahariano, el Caribe y la Micronesia/Polinesia. Destacadas recomendaciones, recogidas por los autores hasta abril del 2022, a favor o en contra del screening, varían entre países. Son las siguientes:

Recomendaciones para la detección del cáncer de próstata

- **Grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU.** Hombres de 55 a 69 años: la elección de la prueba de detección periódica a través de PSA debe ser específica para cada individuo con discusión de posibles daños y beneficios
- Hombres  $\geq 70$  años: no se debe realizar cribado mediante PSA.

(Sigue en la pág 4)

(Sigue en la pág 3)

- **Sociedad Estadounidense del Cáncer.** Los hombres asintomáticos con una expectativa de vida <10 años y los hombres con riesgo promedio y alto de desarrollar CP deben recibir información sobre los daños y beneficios de la detección para garantizar una decisión informada y guiar su elección, en las siguientes edades:
  - Riesgo promedio: edad 50 años
  - Alto riesgo (pariente de primer grado con diagnóstico de CaP edad <65 años, negro/afroamericano): edad 45 años
  - Mayor riesgo (>1 familiar de primer grado con diagnóstico de CaP a una edad temprana): 40 años.

\*La prueba de detección de PSA de la **American Urologic Association** en hombres <40 años no debe realizarse.

\*La prueba de PSA en hombres de 40 a 54 años con riesgo promedio, no debe realizarse.

\*La detección de PSA en hombres <55 años con alto riesgo, debe ser específica para cada individuo.

\*Hombres de 55 a 69 años de edad: la elección de someterse a un examen de PSA debe implicar una toma de decisiones compartida con consideración de los daños y beneficios.

\*Hombres  $\geq 70$  años o una esperanza de vida <10-15 años: no se debe realizar el cribado.

\***Comité Nacional de cribado del Reino Unido.** No se recomienda el cribado del CP.

\***Asociación Europea de Urología.** Los hombres deben ser educados sobre los beneficios y daños de la prueba de detección de PSA.



Screening en cáncer de próstata

- Una vez informados, se debe ofrecer el examen de PSA a los hombres con mayor riesgo:
- Hombres mayores de 50 años
- Hombres mayores de 45 años con antecedentes familiares de CP
- Hombres mayores de 45 años y afrodescendientes
- Hombres mayores de 40 años con mutaciones BRCA2
- Los hombres con una esperanza de vida de <15 años no deben someterse a pruebas

\***Red Nacional Integral del Cáncer:** La Red Nacional Integral del Cáncer no respalda las pruebas de detección de rutina, pero aconseja a los hombres de 45 a 75 años que analicen los riesgos y beneficios de las pruebas con su médico.

## GRUPOS DE SOPORTE PARA HOMBRES DE OTRA SEXUALIDAD, PROPUESTAS DE FEFOC

Muchos hombres gais o bisexuales (GB), desearían asistir a grupos de soporte para pacientes con cáncer de próstata (CP). Estos grupos se han demostrado una fuente muy efectiva para ofrecer información y soporte en diversas enfermedades, como, por ejemplo, en cáncer de mama. Las mujeres de otra sexualidad ya lo tienen complicado en estos grupos. Pero, en CP, se da la escasez de grupos incluso para heterosexuales (HS) y la homofobia añadida.

GB que han intentado formar parte de un grupo de HS, lo han tenido complicado. Por ejemplo, con frecuencia la esposa o pareja del HS les acompaña, o bien la implicación del grupo respecto a la pareja femenina es muy frecuente. Los GB se ven bastante coartados para expresarse y, más aún, para acudir con su pareja. ¿Y cómo afrontar la muy frecuente discusión acerca de las relaciones sexuales?

(Sigue en la pág 5)

(Viene de la pág 4)

Muchos opinan que lo mejor sería acudir a grupos de soporte solo para GB. Esto está por ver, dadas las enormes dificultades ya aludidas incluso para crear grupos de soporte para HS en CP.

Investigaciones diversas muestran que, por sus reacciones emocionales y los efectos secundarios de los tratamientos, los GB sienten mucha vergüenza, estigma e incomodidad cuando tienen CP. Vergüenza y estigma que parte del sufrimiento por experiencias homofóbicas y discriminaciones previas. El CP alterará su propia autoestima y la relación con su pareja (espontaneidad, rechazo, depresión y ansiedad).

Por todo ello, un gran desafío para ellos es encontrar psicólogos, urólogos, raditerapeutas y oncólogos educados en la gran complejidad sensitiva a que se enfrentan los GB con CP. Y grupos de soporte adecuados, en los que se cree un ambiente seguro, confidencial, comprensivo y libre, en el que los GB puedan expresar y discutir su orientación sexual, estilo de vidas, aspiraciones y proyectos.

Es un gran desafío para todos, para una Sociedad más empática, más libre, más igualitaria y, especialmente, más fraternal.



## UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ¿QUÉ EFECTOS TIENE EN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN MASCULINA CON CÁNCER?



**Psic. Mariana Flores Constantino**  
**Posgrado en Psicología Universidad**  
**Nacional Autónoma de México UNAM/**  
**Psicooncología Instituto Nacional de**  
**Cancerología INCan**

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un área médica en la que se atienden pacientes con problemas de salud potencialmente graves. Reciben diversos tratamientos entre los que se puede encontrar la ventilación mecánica como soporte de sus funciones vitales, monitores cardiacos, sondas para alimentación, intravenosas, drenajes y catéteres.

Al ingresar a la UCI las personas pueden sentir miedo por diversas circunstancias; en caso de tener tubos en la garganta, no se pueden comunicar directamente; y por las intravenosas y/o sondas para atender sus necesidades físicas, tales como ir al baño, se limita y restringe aún más su movilidad física. En este contexto la evidencia sobre el efecto en la salud mental en población masculina con cáncer requiere una mayor investigación y evidencia clínica que sucede en esta población.

(Sigue en la pág 6)

(Viene de la pág 5)

Considerando estas experiencias, las personas ingresadas en la UCI pueden percibir una pérdida de su dignidad; pueden sentir impotencia, tristeza, sensación de vergüenza y estos sentimientos pueden desencadenar distintos tipos de alteración psicológica después de su alta de la UCI.

Por lo tanto, el entorno de una UCI es en sí, un factor de riesgo para desarrollar alteraciones psicológicas posteriores al alta, tales como: síntomas de ansiedad, síntomas de depresión, deterioro cognitivo y también es posible que desarrollen síntomas de trastorno de estrés post-traumático (TEPT) o bien el trastorno en sí.

Es importante además considerar que la mayoría de la población ingresada en la UCI son hombres y de acuerdo con diversas investigaciones se ha logrado identificar que el impacto psicológico negativo derivado del ingreso en esta unidad es mayor en los hombres que en las mujeres.

Entre las personas sobrevivientes de la UCI, los hombres tienen menos posibilidades de desarrollar deterioro cognitivo (pérdida de memoria, alteración en el lenguaje, dificultad para concentrarse, por ejemplo) en comparación con las mujeres; sin embargo, una vez que se deteriora la función cognitiva, esta tiene un mayor impacto en estos en diferentes áreas de su funcionalidad. Así mismo, estos datos concuerdan con evidencia que reporta que el deterioro cognitivo inicial y de mejora de la función cognitiva de los hombres eran más bajas que las de las mujeres.

Respecto a síntomas de depresión, ansiedad y de TEPT, se reporta que estos afectan en mayor medida a las mujeres, sin embargo, es necesario profundizar y analizar si estos resultados no se ven influenciados por los estereotipos de género en varones.

Históricamente, se ha asumido que los hombres deben mantener un rol sociocultural de protección y fortaleza, en el que poco o nada se les permite aceptar, expresar y regular sus emociones de manera adecuada; por ende, es importante profundizar e analizar la razón de estos resultados, considerando sobre todo que, dentro del contexto de una UCI, se enfrentan a una situación totalmente vulnerable, en la que dependen del equipo de salud para valerse por sí mismos, lo que confronta así lo antes mencionado respecto a lo que se espera que un hombre pueda ser: fuerte y protector. Esto entonces abona al desarrollo de alteraciones psicológicas como las ya mencionadas, debido a que es difícil detectarlas de manera oportuna por el sesgo del género.

Por ende, es necesaria la proporción de evaluaciones periódicas posteriores al alta para la detección y atención oportuna de estas alteraciones psicológicas, con estrategias específicas de prevención e intervención temprana y de seguimiento específicas para la población masculina sobrevivientes de la UCI en función de su perfil de riesgo y preferencia y así brindar un tratamiento personalizado, con el fin de reducir el riesgo de morbilidad de salud mental. Finalmente, el desarrollo de programas de atención e investigación dirigidos a las necesidades en salud mental de población masculina sobrevivientes de la UCI se plantea como un reto que diversos equipos de salud en Iberoamérica están trabajando, realidad que gradualmente se va consolidando.

(Sigue en la pág 7)

(Viene de la pág 6)

## REFERENCIAS

Dijkstra-Kersten, S. M. A., Kok, L., Kerckhoffs, M. C., Cremer, O. L., de Lange, D. W., van Dijk, D., ... Slooter, A. J. C. (2020). Neuropsychiatric outcome in subgroups of Intensive Care Unit survivors: Implications for after-care. *Journal of Critical Care*, 55, 171-176. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.11.006>

Liao, K.-M., Ho, C.-H., Lai, C.-C., Chao, C.-M., Chiu, C.-C., Chiang, S.-R., ... Cheng, K.-C. (2020). The association between depression and length of stay in the intensive care unit. *Medicine*, 99(23), e20514. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020514>

Son, Y.-J., Song, H.-S., & Seo, E. J. (2020). Gender Differences Regarding the Impact of Change in Cognitive Function on the Functional Status of Intensive Care Unit Survivors: A Prospective Cohort Study. *Journal of Nursing Scholarship?: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 52(4), 406-415.

## RECONOCIMIENTO A BENEFACTORES DE FEFOC

Las organizaciones no gubernamentales precisan de soportes altruistas y ayudas de todo tipo para poder desempeñar sus proyectos. FEFOC no escapa a esta realidad. Toda ayuda en cualquier forma es bien recibida, pero FEFOC tiene en sus principios y valores, no aceptar ninguna que implique condiciones y, sobretodo, aquellas que obligan a modificar nuestras líneas.

El pasado viernes quisimos agradecer a dos de nuestras benefactoras su apoyo. Estas son Berta Vilaseca y Mercè Estapé. Se hizo un acto para ello, en el que la Presidenta de FEFOC, la Señora Carme Cervera dio la bienvenida a los presentes, remarcando la generosidad de las dos homenajeadas.

Dio la palabra a la Doctora Tania Estapé, coordinadora de Psicooncología de la Fundación. Esta explicó el lema de FEFOC que es “La otra cara del cáncer”, que significa la lucha por todos aquellos retos pendientes en el proceso de la enfermedad. Destacó que uno de ellos es lo que va más allá de la parte física, enfermedad y tratamiento, sino que hay muchos temas a tener en cuenta, como son todas las repercusiones psicosociales, laborales, familiares, de autonomía y autoestima, entre otras. Finalmente el Director científico de FEFOC, el Profesor Jordi Estapé, hizo mención a las cualidades de cada una de las premiadas, con diversas anécdotas y detalles al respecto. Cada una de ellos expresó unas palabras y se les entregó el diploma de Benefactora de la Fundación FEFOC.

Agradecemos a ambas así como a Laura Abella, benefactora que fue también homenajeadada a finales de Julio, su labor y entusiasmo.



Prof.Estapé, Dra.Tania Estapé, Sra. Berta Vilaseca, Sra. Mercè Estapé i Presidenta Sra.Carme Cervera



Para más información sobre los donativos clique [aquí](#).

Para adquirir el libro clique [aquí](#)

<https://www.youtube.com/channel/UCMOFY1FLcbVOCshefrj6mkQ/videos>

## Colección de vídeos sobre cáncer de próstata

INICI	VÍDEOS	LLISTES DE REPRODUCCIÓ	CANALS	COMENTARIS	INFORMACIÓ
<b>FEFOC 01 GENERALIDADES DEL CÁNCER DE PRÓSTATA...</b> 118 visualitzacions • fa 1 mes	<b>FEFOC 02 PROSTATECTOMIA, Antoni...</b> 51 visualitzacions • fa 1 mes	<b>FEFOC 03 RADIOTERAPIA RADICAL. Albert Biete</b> 41 visualitzacions • fa 1 mes	<b>FEFOC 04 VIGILANCIA ACTIVA, Jordi Estapé y...</b> 37 visualitzacions • fa 1 mes	<b>FEFOC 05 TEST GENÉTICOS. Cristina Sans</b> 21 visualitzacions • fa 1 mes	
<b>FEFOC 06 RESONANCIA NUCLEAR...</b> 20 visualitzacions • fa 1 mes	<b>FEFOC 07 REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS EN CÁNCER...</b> 45 visualitzacions • fa 1 mes	<b>FEFOC 08 LA FAMILIA DEL PACIENTE. Tania Estapé</b> 13 visualitzacions • fa 1 mes	<b>FEFOC 09 SEXUALIDAD DESPUÉS DEL...</b> 35 visualitzacions • fa 1 mes	<b>FEFOC 10 DISFUNCIÓN ERECTIL. Isidre Bonet</b> 22 visualitzacions • fa 1 mes	
<b>FEFOC 11 NUTRICIÓN. Montserrat Folch</b> 29 visualitzacions • fa 1 mes	<b>FEFOC 12 INCONTINENCIA URINARIA. Herminia García</b> 17 visualitzacions • fa 1 mes	<b>FEFOC 13 GRUPOS DE SOPORTE.</b> 19 visualitzacions • fa 1 mes	<b>FEFOC 14 CANCER DE PRÓSTATA. Libro. Jordi...</b> 11 visualitzacions • fa 1 mes		



**FEFOC**

**Directores: J.Estapé, T.Estapé**  
**Secretaria: M.Soler**

**Marc Aureli, 14.**  
**08006 - Barcelona**  
**Telf. 93 217 21 82**  
**Email: [fefoc@fefoc.org](mailto:fefoc@fefoc.org)**  
**[www.fefoc.org](http://www.fefoc.org)**

Agradecemos la colaboración de:



FEFOF pertenece a EUROPA UOMO desde 2004



The Voice of Men with Prostate Cancer in Europe