

Con la colaboración
altruista de:



Convertida en
realidad gracias a:



¿CÓMO CONVIVIR CON EL CÁNCER DE PRÓSTATA?

Manual para
pacientes y
familiares



2ª edición
ACTUALIZADA

Una iniciativa de:

Fundación MÁS QUE IDEAS

Textos: Néstor Benítez Brito, Soraya Casla Barrio, Javier Cassinello Espinosa, Ester Cerezo Téllez, Esther Delgado Pérez, Ana Eguino Villegas, Inés Grande Domínguez, Vanesa Jorge Martín, Álvaro Juárez Soto, Julio José Lambea Sorrosal, Juan José López Gómez, Abrahams Ocanto Martínez, Daniel Adolfo Pérez Fentes, Berta Pinto Robayna, Ángela Río González, Miguel Rodrigo Aliaga, Juan Francisco Rodríguez-Moreno, Ana Sanz Cortés, Carlos Simón Rodríguez y Diego Villalón García

Edición y coordinación editorial:

Fundación MÁS QUE IDEAS

Diseño y maquetación:

Juan Barcia – barciastudio.com

Ilustraciones:

Rubén Martín (MUDITO)

ISBN: 978-84-09-87073-8

Depósito legal: B 11953-2026

Segunda edición (actualizada): Junio 2026

Para citar esta publicación:

Benitez N, Casla S, Cassinello J, Cerezo E, Delgado E, Eguino A, Grande I, Jorge V, Juárez A, Lambea JJ, López JJ, Ocanto A, Pérez DA, Pinto B, Río A, Rodrigo A, Rodríguez JF, Sanz A, Simón C, Villalón D. ¿Cómo convivir con el cáncer de próstata? Manual de soluciones para pacientes y familiares (2ª edición). Madrid, Fundación MÁS QUE IDEAS, 2026

Este manual será compartido en su versión digital e impresa bajo licencia Creative Commons.



Licencia Creative Commons (bienes comunes creativos) con reconocimiento de autoría, sin que se pueda hacer uso comercial y a compartir en idénticas condiciones.

Manual disponible en formato online en la página web de:
FUNDACIÓN MÁS QUE IDEAS
www.fundacionmasqueideas.org

Una iniciativa de:



Con la colaboración altruista de:



Convertida en realidad gracias a:



Muchas gracias a todas las personas que han hecho posible la segunda edición de este manual. Esta iniciativa ha sido posible gracias a 20 autores/as que han compartido, de manera generosa y altruista, sus conocimientos y experiencias.

- **Néstor Benítez Brito.** Dietista-Nutricionista. Profesor del Área de Nutrición y Bromatología de la Universidad de La Laguna. Coordinador del Grupo de Investigación en Nutrición, Alimentación y Salud (NAYS) de la Universidad de La Laguna.
- **Soraya Casla Barrio.** Licenciada en CC de la Actividad Física y el Deporte, especialista en Ejercicio Físico Oncológico. Directora de los programas Ejercicio y Cáncer. Investigadora del grupo de salud de la Universidad Pontificia Comillas.
- **Javier Cassinello Espinosa.** Jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Guadalajara. Representante del Grupo Español de Tumores Genitourinarios (SOGUG).
- **Ester Cerezo Téllez.** Licenciada en Fisioterapia. Máster Oficial en Fisioterapia Manual del Aparato Locomotor. Máster en Fisioterapia en los Procesos de Salud de la Mujer. Experta en Fisioterapia Oncológica, Obstétrica y Vasculard. Profesora de la Universidad de Alcalá (Madrid). Colaboradora de la Asociación Española de Linfedema (AEL).
- **Esther Delgado Pérez.** Licenciada en Fisioterapia. Fisioterapeuta especializada en Suelo pélvico, Maternidad y Primera infancia. Docente e investigadora en la Universidad Europea de Madrid. Directora del centro Iliore (Toledo). Colaboradora de la Asociación Española de Linfedema (AEL).
- **Ana Eguino Villegas.** Técnica de Atención Social de la Asociación Española Contra el Cáncer.
- **Inés Grande Domínguez.** Responsable de Atención Social de la Asociación Española Contra el Cáncer.
- **Vanesa Jorge Martín.** Responsable del Área Psicosocial de la Asociación Española contra el Cáncer en la Sede de Madrid.
- **Álvaro Juárez Soto.** Jefe de Servicio de Urología. Hospitales Universitarios de Jerez y Punta de Europa. Director Médico de ICUA ANDALUCÍA. Presidente de la Asociación Andaluza de Urología.
- **Julio José Lambea Sorrosal.** Oncólogo médico del Hospital Clínico Lozano Blesa, de Zaragoza. Representante del Grupo Español de Tumores Genitourinarios (SOGUG).
- **Juan José López Gómez.** Especialista en Endocrinología y Nutrición en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Coinvestigador en el Instituto de Endocrinología y Nutrición (IEN) de la Universidad de Valladolid. Miembro del Comité Gestor del grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN).

- **Abrahams Ocantó Martínez.** Oncólogo Radioterápico. Hospital Universitario San Francisco de Asís (Madrid). Representante de la PID de pacientes de la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR).
- **Daniel Adolfo Pérez Fentes.** Urólogo del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Coordinador del Grupo de Urología Oncológica de la Asociación Española de Urología (AEU).
- **Berta Pinto Robayna.** Dietista-Nutricionista experta en nutrición oncológica. Profesora del Área de Nutrición y Bromatología de la Universidad de La Laguna.
- **Ángela Ríó González.** Licenciada en Fisioterapia. Especializada en Fisioterapia Oncológica y Abordaje del Linfedema. Máster Universitario en Terapia Manual. Docente e investigadora en la Universidad Europea de Madrid. Vicepresidenta de la Asociación Española de Linfedema (AEL). Codirectora de Fisioterapia Sanamanzana.
- **Miguel Rodrigo Aliaga.** Jefe de Servicio de Urología del Hospital General Universitario de Castellón. Representante de la Asociación Española de Urología (AEU).
- **Juan Francisco Rodríguez-Moreno.** Oncólogo médico del Centro Integral Oncológico HM Clara Campal, de Madrid. START-Madrid HM CIOCC Early Phase Program. Universidad CEU San Pablo.
- **Ana Sanz Cortés.** Responsable de Atención Psicológica de la Asociación Española Contra el Cáncer.
- **Carlos Simón Rodríguez.** Urólogo. Unidad de Andrología. Hospital Universitario Fundación Jimenez Diaz. Director médico de Andromedi Madrid. Director de la oficina INNOVA Healthcare de la Asociación Española de Urología (AEU).
- **Diego Villalón García.** Trabajador social. Fundación MÁS QUE IDEAS.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO 1. EL CÁNCER DE PRÓSTATA.....	14
1. ¿Qué es la próstata?	15
2. Cáncer de próstata: ¿qué es y cuál es su incidencia?	16
3. Factores de riesgo.....	16
4. Síntomas.....	17
5. Diagnóstico.....	17
6. Tipos de cáncer de próstata.....	21
CAPÍTULO 2. EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA.....	22
1. Tratamiento del cáncer de próstata.....	23
a) Cáncer de próstata localizado	24
b) Cáncer de próstata localmente avanzado.....	28
c) Cáncer de próstata avanzado	30
2. Efectos secundarios	33
3. Estudios en desarrollo	40



CAPÍTULO 3. ALTERACIONES URINARIAS.....	44
1. ¿Qué alteraciones urinarias son las más frecuentes?.....	45
2. ¿Por qué se producen?.....	46
3. Alteraciones urinarias inducidas por la cirugía.....	46
4. Alteraciones urinarias inducidas por la radioterapia.....	47
5. ¿Qué soluciones existen para paliar o solucionar las alteraciones urinarias?	47
6. Repercusiones en la calidad de vida.....	51
CAPÍTULO 4. LA SEXUALIDAD TRAS EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA.....	54
1. Alteraciones sexuales: ¿por qué se producen y cómo afectan?	55
2. ¿Cómo podemos abordar la disfunción eréctil?	57
3. Rehabilitación: fisioterapia del suelo pélvico	62
4. Aspectos emocionales de las alteraciones sexuales	66
CAPÍTULO 5. HÁBITOS SALUDABLES.....	72
1. Recomendaciones prácticas para la alimentación.....	73
2. Recomendaciones para la práctica de ejercicio físico	85
3. Recomendaciones prácticas en actividades lúdicas y sociales	106
4. Recomendaciones prácticas para el descanso	110

CAPÍTULO 6. EMOCIONES Y RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES	114
1. Reacciones emocionales y gestión de las emociones del paciente.....	115
2. Reacciones emocionales y gestión de las emociones de la pareja	118
3. Reacciones emocionales y gestión de las emociones de los hijos adultos	120
4. Relaciones y dinámicas familiares.....	121
5. Relaciones y dinámicas sociales.....	122
CAPÍTULO 7. DERECHOS, RECURSOS Y PRESTACIONES SOCIALES.....	124
1. Derecho a la información	125
2. Participación en la toma de decisiones.....	128
3. Derechos de ámbito laboral	130
4. Derecho al olvido oncológico.....	134
5. Prestaciones y servicios de ámbito social y económico	135
RECURSOS INFORMATIVOS ADICIONALES.....	138
GLOSARIO	142
ORGANIZACIONES PARTICIPANTES.....	146



INTRODUCCIÓN



Esta guía que comienzas a leer pretende ser una herramienta práctica que puedas utilizar para mejorar tu salud y tu calidad de vida. Tanto si eres paciente como familiar, la información que encontrarás en ella te ayudará a responder muchas de las preguntas relacionadas con el cáncer de próstata. Y también a saber qué puedes hacer para mejorar tu bienestar y el de tus familiares.

A lo largo de los próximos capítulos hallarás información y recomendaciones de carácter general elaboradas por profesionales de diferentes disciplinas sanitarias. Todas las perspectivas son necesarias para responder a tus dudas y ayudarte a entender el proceso que estás viviendo. Por ello, en esta guía han participado profesionales de urología, oncología -médica y radioterápica-, endocrinología, nutrición y dietética, psicooncología, trabajo social, fisioterapia y ejercicio físico que te orientarán acerca de las repercusiones físicas, psicológicas y sociales del cáncer de próstata, así como de las estrategias recomendadas para su manejo.

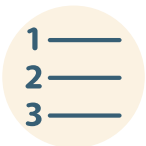
¿Cómo utilizar esta guía?

Cada persona vive una situación y tiene unas necesidades diferentes, así que te proponemos adaptar esta información a tu caso concreto. A continuación te ofrecemos una serie de recomendaciones para conseguirlo y obtener el máximo provecho de la guía:



- **La información de este manual no sustituye a las indicaciones de tu equipo médico o sanitario**

El objetivo es ayudarte a entender mejor el proceso de la enfermedad y que logres un mayor control sobre tu salud y calidad de vida. Consulta con tu equipo asistencial aquellas dudas que te surjan durante la lectura del manual y los cambios que quieras realizar para mejorar tu bienestar.



- **Elige qué deseas leer y qué orden seguir**

Puedes leer cada capítulo de forma independiente, sin necesidad de respetar el orden propuesto en el índice. Si bien es cierto que el contenido sigue una secuencia que busca la adquisición progresiva de conocimientos, te proponemos que decidas tú el orden de la lectura, así como los capítulos o secciones que quizá no desees leer.



- **Atiende a tu caso concreto**

En las próximas páginas encontrarás datos sobre tratamientos, efectos secundarios o reacciones emocionales, entre otros. El hecho de que se aborden en esta publicación no significa que vayan a sucederte. Cada persona y cada enfermedad es diferente, por lo que te recomendamos atender a tu caso concreto (en función del tipo de tratamiento o los efectos secundarios que tengas, por ejemplo) e incorporar aquellos hábitos de vida que puedan ayudarte y que mejor se adapten a tu situación.



- **Glosario**

Las palabras que resultan más difíciles de entender son explicadas en el texto o definidas en el **Glosario de términos** cuando se acompañen con la letra G ^(G). Encontrarás este glosario al final del manual. Ten en cuenta que si no encuentras en el glosario el significado de algún concepto que no entiendes, ha podido ser definido en páginas anteriores.



- **Páginas para tus notas**

Tienes a tu disposición varias páginas en blanco al final del manual, para que escribas las dudas que quieras plantear a tu equipo médico o la información que deseas compartir con tus familiares. Tú decides de qué forma pueden ayudarte estas páginas de notas.



- **Más información**

Si quieres tener más información, te sugerimos acudir a la sección “**Recursos informativos adicionales**”, que encontrarás al final del manual. Te ofrecemos otros recursos de Fundación MÁS QUE IDEAS que pueden ser de tu interés.



- **Información actualizada a fecha de publicación**

La información de este manual está actualizada a fecha de su publicación: junio de 2026. Por tanto, no contiene aquellos datos obtenidos con posterioridad a esa fecha, relacionados con el conocimiento de la enfermedad o los avances terapéuticos, así como de los diferentes aspectos que se abordan en ella.



- **Información elaborada a partir del contexto en España**

La información está enmarcada en el contexto de España. Algunos datos relativos a prestaciones, recursos o leyes que encontrarás en el manual se circunscriben a la realidad española.

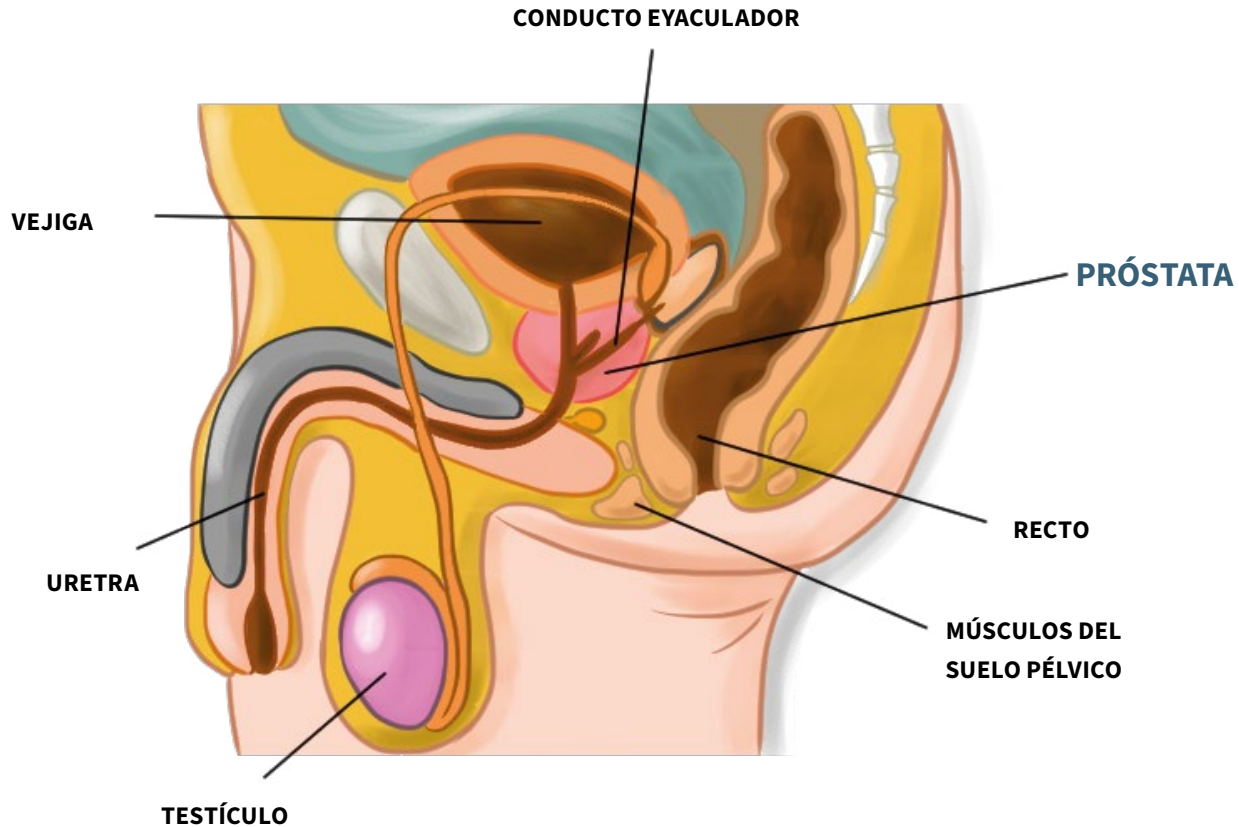


01

EL CÁNCER
DE PRÓSTATA

Es posible que, tras un diagnóstico de cáncer de próstata, empieces a escuchar muchos términos médicos que no entiendes. Nadie nace sabiendo, y es normal que te ocurra. Por eso, en este primer capítulo encontrarás una explicación general sobre la enfermedad. Nuestro objetivo es ayudarte a comprenderla mejor.

1. ¿Qué es la próstata?



La próstata es una glándula que forma parte del sistema reproductivo masculino. Se encuentra situada debajo de la vejiga, que es el órgano donde almacenamos la orina fabricada por los riñones.

Y ¿para qué sirve la próstata? **Es la glándula que fabrica el líquido seminal, indispensable para que los espermatozoides se desarrollen y permanezcan vivos** (su función sería similar a la de la glándula mamaria de la mujer, que produce leche, o las glándulas salivares, que fabrican la saliva).

Para ayudarte a entender mejor la próstata, imagínala parecida a un aguacate. El hueso duro del centro sería la zona de transición (la parte más central de la próstata, que suele agrandarse con la edad y puede causar problemas urinarios benignos). La pulpa verde y blanda sería la zona periférica, que es donde se origina aproximadamente el 90 % de los cánceres de próstata.

La próstata está situada debajo de la vejiga, como si fuera una almohadilla que la sostiene. La uretra (el conducto por donde sale la orina) pasa por el centro de la próstata, atravesando esa “zona dura” del aguacate.

¿Por qué es importante esta estructura? Porque el cáncer de próstata suele originarse en la zona periférica de la glándula (en la pulpa del aguacate que imaginamos), alejada de la uretra. Por este motivo, no suele producir síntomas urinarios en fases iniciales del cáncer. El tacto rectal permite explorar esta zona periférica, lo que facilita la detección de nódulos sospechosos.

2. Cáncer de próstata: ¿qué es y cuál es su incidencia?

El **cáncer de próstata consiste en un crecimiento atípico y descontrolado de alguna de las células que conforman la glándula prostática**. Este crecimiento puede invadir las estructuras vecinas (como las vesículas seminales o la vejiga) y extenderse a otros órganos, como los ganglios linfáticos, los huesos, los pulmones, el hígado, etc.

Es el cáncer más frecuente en el varón. En España, cada año se diagnostican 32.188 casos nuevos, lo que supondría el 19,3 % de todos los cánceres diagnosticados en hombres. Las posibilidades aumentan a medida que envejecemos, especialmente a partir de los 50 años, aunque también puede diagnosticarse en personas jóvenes. Hoy en día, la mayoría de los cánceres de próstata se diagnostican en fases iniciales y, en muchos casos, son curables.

3. Factores de riesgo

No se conoce una causa única del cáncer de próstata, pero sí existen **factores que aumentan la probabilidad de desarrollarlo**:

- **Edad.** Es el factor más importante. El riesgo aumenta a partir de los 50 años y es mayor en hombres de edad avanzada.
- **Antecedentes familiares.** Tener un padre, hermano u otros familiares cercanos con cáncer de próstata aumenta el riesgo.

Cuando hay varios casos en la familia o aparecen a edades tempranas, el riesgo es aún mayor.

- **Genética.** Algunas alteraciones hereditarias (como mutaciones en BRCA2, BRCA1 u otros genes relacionados con la reparación del ADN) pueden aumentar la probabilidad de desarrollar este cáncer. Estas mutaciones no son frecuentes y su presencia no implica que la enfermedad vaya a desarrollarse con seguridad. Sin embargo, sí aumenta la probabilidad, lo que justifica la realización de un seguimiento más estrecho.
- **Origen étnico.** Los hombres de ascendencia africana tienen un mayor riesgo y suelen presentar tumores que progresan con más rapidez.
- **Estilo de vida.** La obesidad y el exceso de grasa abdominal se han relacionado con diagnósticos de pronóstico más desfavorables. No existe una dieta que prevenga el cáncer de próstata, pero una alimentación equilibrada y el ejercicio físico regular son beneficiosos para la salud.
- **Otros factores.** El tabaquismo, ciertos productos químicos y la inflamación crónica pueden aumentar ligeramente el riesgo. En cambio, la vasectomía y la terapia con testosterona no parecen aumentarlo.

.....
“Preveía que podría tener cáncer por los antecedentes de mi padre y por la propia sintomatología. Ya tenía la conciencia de que podría llegar a tener cáncer de próstata”

4. Síntomas

La **mayoría de las veces el cáncer de próstata no produce síntomas**, especialmente en sus fases iniciales. Por eso, suele detectarse durante una analítica de rutina o en el estudio de unos síntomas urinarios que, en realidad, suelen deberse a un crecimiento benigno de la próstata (hiperplasia benigna de próstata), no al cáncer.

Cuando existe sospecha clínica, el médico solicita una prueba sanguínea para medir el antígeno⁶ prostático específico (PSA⁶). Un PSA elevado no significa que exista un cáncer, ya que puede aumentar por múltiples motivos (inflamación, infección o crecimiento benigno), pero sí indica la conveniencia de estudiar la situación con mayor detalle.

En general, los síntomas propios del cáncer de próstata suelen aparecer en fases avanzadas y hoy en día son menos frecuentes gracias al diagnóstico precoz mediante PSA y resonancia magnética. Entre ellos podrían encontrarse dolor óseo, pérdida de peso no explicada o dificultad marcada para orinar, pero la gran mayoría de los diagnósticos actuales se realizan antes de que aparezca cualquiera de estas manifestaciones.

5. Diagnóstico

A continuación, te explicamos brevemente en qué consisten las pruebas que el equipo médico puede solicitar para establecer un diagnóstico:

ANALÍTICA

La analítica general es poco específica para diagnosticar el cáncer de próstata. En fases muy avanzadas, se puede observar una elevación de las fosfatasa alcalinas o de la enzima lactato deshidrogenasa⁶ (LDH), o signos de insuficiencia renal.

PSA

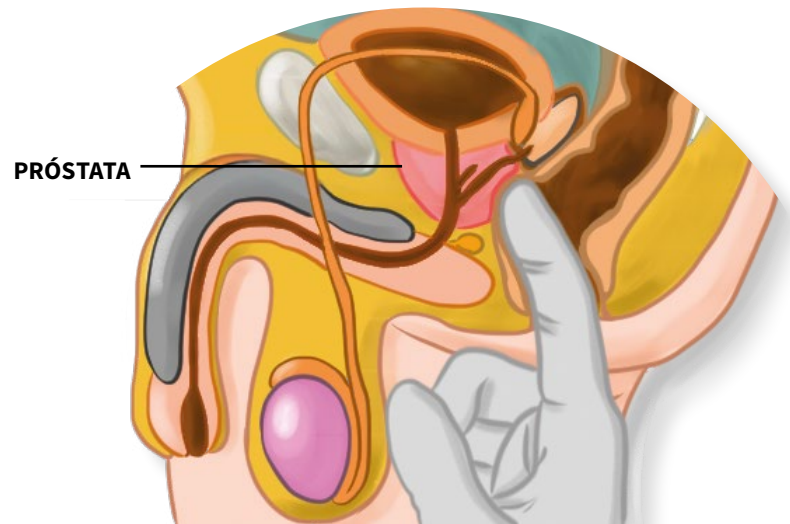
Un PSA elevado es el primer signo de sospecha de cáncer de próstata, pero no significa que se tenga la enfermedad, ya que el PSA puede elevarse también por otros motivos (problemas inflamatorios o hiperplasia benigna de próstata). No obstante, indica la necesidad de hacer más pruebas para diagnosticar o descartar el cáncer. Basta una pequeña muestra de sangre para conocer los niveles de PSA.

TACTO RECTAL

Es una prueba diagnóstica muy importante. Consiste en palpar la superficie de la próstata introduciendo el dedo a través del recto. Se sospecha la presencia de un tumor cuando se palpan nódulos duros o una próstata en general de consistencia dura.

RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA (RM)

La resonancia magnética de próstata es hoy una de las herramientas más importantes para el diagnóstico del cáncer de próstata. **Permite obtener imágenes muy detalladas de la glándula e identificar zonas que podrían corresponder a un tumor.** Una de sus principales ventajas es que muestra lesiones que no pueden verse con la ecografía convencional. Gracias a ello, cuando posteriormente se realiza una biopsia, es posible dirigir la toma de muestras hacia las zonas más sospechosas, aumentando la precisión del diagnóstico y evitando biopsias innecesarias.



· Tacto Rectal ·

En la mayoría de los hombres con sospecha de cáncer de próstata, la RM se realiza antes de la biopsia, porque ofrece información muy útil. Si la resonancia identifica un área claramente sospechosa, se recomienda obtener muestras dirigidas a esa zona. Por el contrario, si la RM no muestra lesiones relevantes y el riesgo general es bajo, en algunos casos puede optarse por un seguimiento estrecho antes de indicar una biopsia.

Aun así, una resonancia normal no descarta completamente la presencia de cáncer. Por este motivo, incluso cuando la RM no muestra lesiones, en determinadas situaciones se recomienda realizar biopsias sistemáticas de distintas zonas de la próstata para completar el estudio.

MICROULTRASONIDOS

Los microultrasonidos son una técnica de ecografía de muy alta resolución que permite visualizar la próstata con mucho más detalle que la ecografía tradicional durante la exploración transrectal. Utiliza una sonda específica que emite ondas a una frecuencia más alta y, gracias a ella, el urólogo puede identificar en tiempo real zonas sospechosas y dirigir mejor la biopsia hacia ellas. No sustituye a todas las demás pruebas y en algunos centros se está utilizando como una herramienta adicional para mejorar la precisión del diagnóstico y evitar pasar por alto tumores relevantes.

Al unir la información de la resonancia magnética (RM) y los microultrasonidos, los especialistas pueden construir un “mapa oncológico” muy preciso de la próstata, como si se tratara de una reconstrucción tridimensional del tumor. Este “mapa oncológico” se crea precisamente para biopsiar las zonas sospechosas que identifican tanto la RM como los microultrasonidos, tomando muestras específicas de cada área dudosa para analizarlas al microscopio.

Gracias a esto, el equipo de urología puede explicarte con precisión: “Aquí tienes un tumor de bajo riesgo que podemos vigilar, y aquí uno más agresivo que sí necesita tratamiento dirigido”.

BIOPSIA

La biopsia es la única prueba que permite confirmar de manera definitiva si existe cáncer de próstata. **Consiste en obtener pequeños fragmentos de tejido de distintas zonas de la glándula para que el equipo de anatomía patológica los analice al microscopio.**

Habitualmente se realiza en el hospital en régimen ambulatorio, de modo que el paciente puede volver a casa el mismo día. Se emplea anestesia local en la mayoría de los casos, aunque en determinadas situaciones puede utilizarse anestesia regional o incluso general para mayor comodidad. Habitualmente no requiere ingreso.

En los últimos años, la técnica ha evolucionado de forma importante. La vía más recomendada es la biopsia transperineal, que se realiza a través de la piel situada entre el escroto y el ano. Esta vía está progresivamente sustituyendo a la biopsia transrectal porque reduce de manera muy significativa el riesgo de infección y permite acceder mejor a todas las zonas de la próstata. La biopsia se realiza bajo control ecográfico y, cuando existe una resonancia magnética previa, pueden combinarse ambas imágenes para dirigir la aguja con mayor precisión hacia las áreas que resulten más sospechosas. Esto aumenta

la eficacia del procedimiento y mejora la detección de tumores clínicamente relevantes.

Como cualquier procedimiento invasivo, la biopsia puede causar efectos secundarios, aunque la mayoría son leves y transitorios. Es habitual que aparezca sangre en la orina o en el semen durante algunos días, y en ocasiones puede haber molestias perineales o dificultades temporales para orinar. Las complicaciones más serias, como infecciones, fiebre alta o retención urinaria, son poco frecuentes, especialmente con la técnica transperineal.



Además de conocer la extensión del cáncer, es importante saber cómo son las células del tumor y con qué rapidez tienden a multiplicarse. Para ello se emplea el sistema de grupos de grado ISUP, que ordena los tumores del 1 al 5 según su agresividad. Cuanto más alto es el grado, mayor es la tendencia del tumor a crecer o extenderse. Esta información es fundamental para que el equipo médico pueda orientar las decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento, ya que no todos los cánceres de próstata se comportan igual ni requieren el mismo enfoque.

PET-PSMA

El PET-PSMA es actualmente la prueba más precisa para detectar la extensión del cáncer de próstata. Utiliza una sustancia que se fija de forma muy específica a las células tumorales, permitiendo identificar metástasis⁶ en huesos, ganglios u otros órganos con mucha más sensibilidad que la gammagrafía o la TAC. Se emplea tanto en el diagnóstico inicial de tumores de mayor riesgo como en casos de sospecha de recaída cuando el PSA vuelve a elevarse después de cirugía o radioterapia, y suele ser fundamental para orientar el tratamiento. La prueba es segura, no dolorosa y proporciona información clave para decidir el tratamiento más adecuado.

En la actualidad el PET-PSMA ha sustituido al TAC y a la gammagrafía ósea en el estudio inicial del cáncer de próstata, así como en las recaídas tras la cirugía y/o radioterapia.

.....
“Al principio no parecía muy agresivo, pero también sabía que algunos tumores son más agresivos de lo que indica la biopsia. Mi incertidumbre era que la prostatectomía evidenciara que tenía un Gleason y un estadio mayor”

6. Tipos de cáncer de próstata

ADENOCARCINOMA

Como hemos comentado, la próstata es una glándula; por tanto, el tipo de tumor que con más frecuencia crece en ella es el característico del resto de glándulas del organismo, es decir, el adenocarcinoma⁶. La gran mayoría de los cánceres de próstata son de este tipo y suelen desarrollarse principalmente en la zona periférica de la glándula.

De hecho, cuando hablamos de cáncer de próstata habitualmente nos referimos al adenocarcinoma de próstata.

OTROS TIPOS

Aunque muy raramente, en la próstata pueden crecer otro tipo de tumores, como sarcomas⁶, carcinomas de células transicionales, de células pequeñas, epidermoides o escamosos, entre otros. Estas variantes minoritarias son, en general, más agresivas y su pronóstico no suele ser tan favorable.



02

EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA



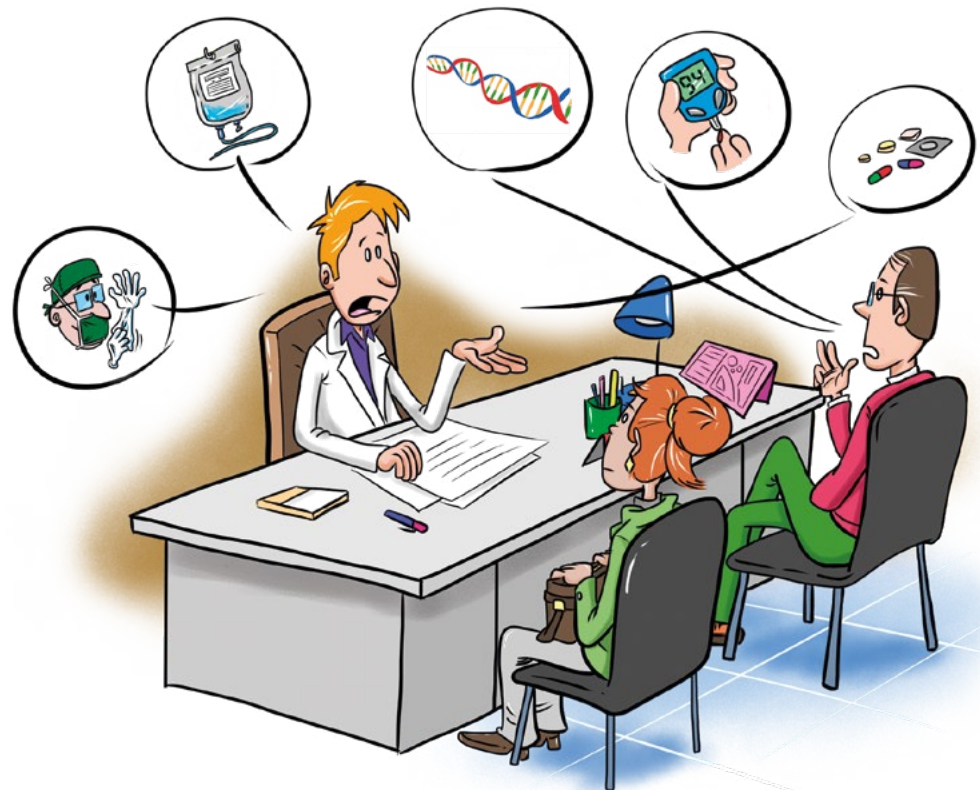
Tras la confirmación del diagnóstico del cáncer de próstata, y una vez conocida en qué fase está la enfermedad, el siguiente paso es determinar el mejor tratamiento para cada paciente. En este capítulo te explicamos los tratamientos actuales en función de las etapas de la enfermedad, los efectos secundarios más comunes y los avances que se están produciendo en la investigación del cáncer de próstata.

1. Tratamiento del cáncer de próstata

El cáncer de próstata tiene una particularidad con respecto a otros tipos de cáncer y es que **existen varias modalidades de tratamiento en muchas de sus fases.**

Esto es muy importante, pues **nos permite adaptar los tratamientos a las circunstancias individuales de cada paciente.** Por ejemplo, si por tus antecedentes personales puede ser arriesgada una intervención quirúrgica, dispondrás de otras opciones, como la radioterapia.

A continuación se describen los diferentes tratamientos para las distintas fases o estadios del cáncer de próstata.



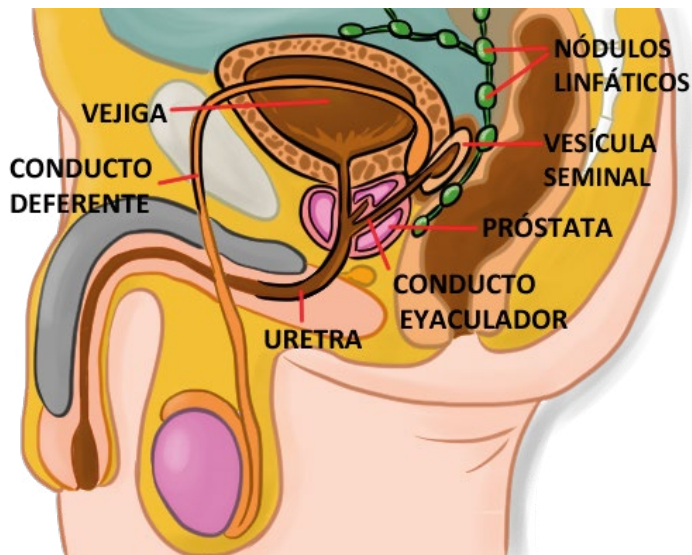
a. Cáncer de próstata localizado

En la fase localizada, **el cáncer se sitúa dentro de la próstata, sin extenderse a ningún órgano vecino**, como la vejiga, y no suele dar síntomas. Si te acaban de diagnosticar, lo más probable es que el cáncer se encuentre en esta etapa, donde las posibilidades de curación con los tratamientos disponibles son elevadas.

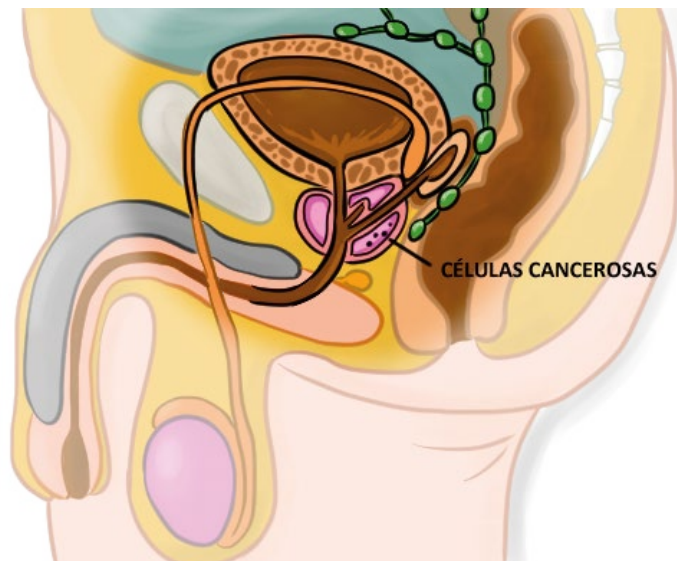
Dependiendo de las características de tu caso y también de tus preferencias, pueden recomendarte diferentes opciones, desde la vigilancia activa hasta diferentes tipos de tratamientos: cirugía, radioterapia o terapia focal (de las lesiones). Cada opción tiene

sus indicaciones, ventajas e inconvenientes, y la elección no es igual para todos los pacientes. La decisión será individualizada, basada en tu situación concreta, y siempre tomada junto al equipo encargado de dirigir el abordaje del cáncer de próstata en esta fase.

Para orientarte hacia la opción más adecuada, el equipo médico tendrá en cuenta aspectos como tu edad, tu estado general de salud, la presencia de otras enfermedades, el riesgo quirúrgico, tus síntomas urinarios y tus preferencias. También valorará características propias del tumor, como su grado de agresividad según la biopsia y el número o la localización de lesiones visibles en la resonancia magnética de próstata, si se dispone de ella.



· Sistema reproductivo masculino ·



· Cáncer de próstata localizado ·

Si se contempla la posibilidad de tratar el cáncer con **radioterapia externa** o **braquiterapia**, será el equipo de oncología radioterápica quien te explicará en detalle en qué consisten estos procedimientos, sus beneficios y los posibles efectos secundarios, de manera que puedas tomar una decisión informada.

CIRUGÍA

La cirugía del cáncer de próstata se denomina prostatectomía radical y consiste en extirpar por completo la próstata y las vesículas seminales. Según las características del tumor y del paciente, también puede recomendarse la retirada de algunos ganglios cercanos para estudiar si existe afectación microscópica.

En los últimos años, la técnica quirúrgica ha avanzado de forma notable gracias al desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva, tanto laparoscópica como robótica. Estos procedimientos permiten realizar la intervención a través de pequeñas incisiones, con una visión muy precisa del campo quirúrgico y un control excelente de los instrumentos. Todo ello se traduce en menos sangrado, menos dolor y una recuperación más rápida. En la mayoría de los centros, la estancia hospitalaria suele ser de 24 a 48 horas.

Otro aspecto importante es la preservación de la continencia urinaria y la función sexual. Cuando la situación clínica lo permite, se intenta conservar los nervios responsables de la erección y los mecanismos que controlan la micción. Aunque cada caso es diferente, estas técnicas modernas han conseguido mejorar



La diferencia entre **la técnica laparoscópica y la robótica** es que en la segunda el cirujano opera desde una consola, transmitiendo los movimientos de sus manos a las pinzas quirúrgicas, que están sustentadas por los brazos robóticos. En la técnica laparoscópica, el cirujano maneja directamente el instrumental.

de forma significativa los resultados funcionales respecto a la cirugía tradicional.

La cirugía es un tratamiento muy eficaz para la mayoría de los cánceres de próstata localizados y, en pacientes seleccionados, también puede formar parte del abordaje de tumores localmente avanzados como parte de una estrategia combinada con otros tratamientos.

RADIOTERAPIA

La radioterapia es una modalidad de tratamiento oncológico que prescribe y realiza el oncólogo radioterápico. **Incluye una gran diversidad de procedimientos y técnicas que tienen en común el uso de radiación ionizante⁶.** Tanto el desarrollo del conocimiento acerca de la biología del cáncer como la innovación tecnológica han permitido posicionarla como una de las opciones de tratamiento curativo en el cáncer de próstata.

Los principios básicos que fundamentan la práctica de la radioterapia son dos: dosis muy altas de radiación ionizante en el tumor localizado y dosis muy bajas en los tejidos sanos circundantes. Este tipo de radiación funciona dañando el material genético dentro de las células tumorales y limitando su capacidad de reproducción y crecimiento, de manera que, cuando las células malignas dañadas mueren, el sistema inmune las elimina de forma natural. Si se irradia un tumor con una dosis lo suficientemente alta, la probabilidad de eliminarlo puede ser elevada. Sin embargo, existe un límite para la dosis total que puede administrarse sobre una determinada región del organismo, y este límite viene dado por el grado de tolerancia de los tejidos sanos que rodean el tumor.

En el cáncer de próstata disponemos de dos tipos de tratamiento radioterápico en función de la localización de la fuente de irradiación, que son:

Radioterapia externa

En este tratamiento, la fuente de irradiación se encuentra integrada en unos equipos llamados aceleradores lineales y, por tanto, está fuera del paciente.

En la actualidad, los avances tecnológicos en radioterapia permiten completar los tratamientos en un número significativamente menor de sesiones respecto a décadas anteriores. Esto es posible gracias al desarrollo de técnicas de alta precisión en la administración y verificación del tratamiento, como la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) y la radioterapia guiada por imagen (IGRT).

La IMRT posibilita modular la distribución de dosis de radiación y concentrarla con gran exactitud sobre el volumen tumoral —por ejemplo, la próstata—, minimizando la exposición de los órganos adyacentes como la vejiga y el recto.

Por su parte, la IGRT permite obtener imágenes de alta resolución en tiempo real, antes o durante la irradiación, lo que facilita localizar el tumor y ajustar automáticamente la posición del paciente con precisión milimétrica.

La combinación de estas tecnologías ha impulsado el desarrollo de la radioterapia estereotáctica corporal (SBRT), una técnica que permite administrar dosis altas de radiación en pocas sesiones. Al mismo tiempo, mantiene una distribución muy precisa de la dosis y un excelente control del movimiento y la posición del tumor. Gracias a ello, la SBRT se ha consolidado como una de las técnicas más empleadas en radioterapia.

Braquiterapia

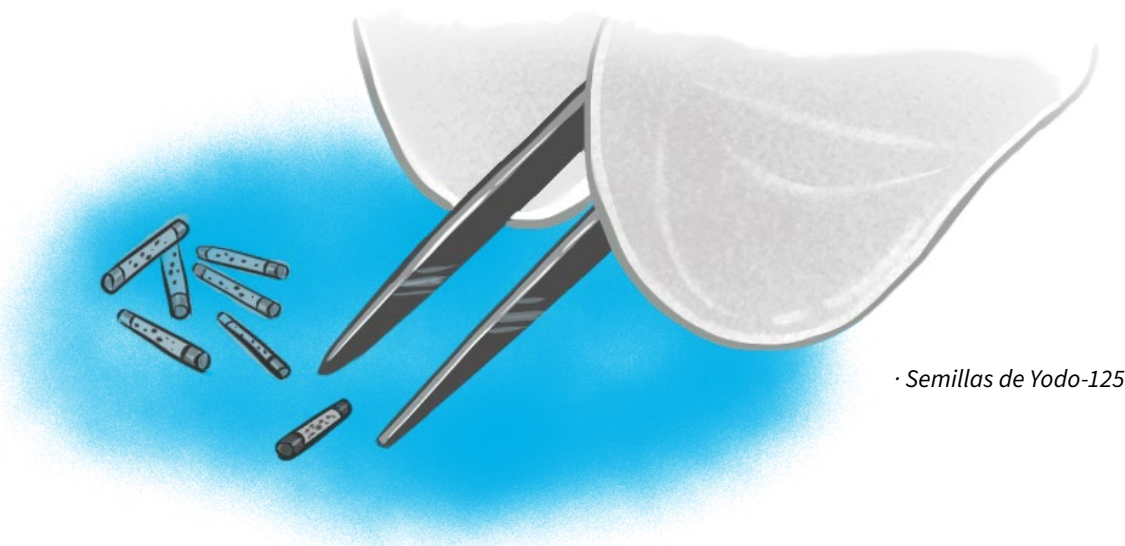
La principal ventaja de la braquiterapia con respecto a la radioterapia externa es que permite el depósito directo de dosis en las zonas que se desea tratar. De esta forma podemos administrar dosis muy altas en la próstata y muy bajas en los tejidos sanos que la rodean. Otra ventaja de esta técnica de radioterapia es que puede completarse en muy pocos días. El tratamiento puede realizarse en una o dos sesiones, utilizando fuentes radiactivas implantadas directamente en la glándula prostática.

Existen dos modalidades principales: la braquiterapia de baja tasa de dosis (LDR), que emplea implantes permanentes — como semillas encapsuladas de yodo-125 (I-125)—, las cuales permanecen indefinidamente en la próstata; y la braquiterapia de alta tasa de dosis (HDR), en la que las fuentes radiactivas

se introducen de forma temporal y se retiran tras administrar la dosis prescrita. La principal diferencia entre ambas es que la modalidad HDR permite administrar una dosis hasta mil veces superior y con una distribución más homogénea dentro de la glándula.

La braquiterapia es, además, una técnica mínimamente invasiva y ambulatoria, con excelente tolerancia y rápida recuperación. Sin embargo, no todas las personas son candidatas a este procedimiento, ya sea por condiciones clínicas individuales (riesgo anestésico, volumen prostático elevado, antecedentes quirúrgicos) o por características del tumor (extensión extraprostática, invasión de estructuras adyacentes).

En algunos casos seleccionados, puede optarse por una estrategia combinada de radioterapia externa y braquiterapia para optimizar el control local.



· Semillas de Yodo-125 ·

TERAPIA FOCAL

La terapia focal busca tratar únicamente la zona de la próstata donde se encuentra el tumor, preservando el resto del tejido sano. Para ello pueden utilizarse diferentes técnicas, como HIFU (ultrasonidos de alta intensidad), crioterapia, electroporación irreversible (IRE) o sistemas basados en energía térmica o electromagnética.

El objetivo es controlar el cáncer manteniendo, en la medida de lo posible, la función urinaria y sexual. Sin embargo, este tratamiento no es idóneo para todos los casos. Para considerar la terapia focal, el cáncer debe estar bien localizado, visible claramente en la resonancia magnética y confirmado en la biopsia.

Las principales guías clínicas actuales señalan que, aunque la terapia focal ha avanzado mucho en los últimos años, sus resultados a largo plazo todavía no están tan consolidados como los de la cirugía o la radioterapia. Esto significa que, en algunos pacientes, puede ser necesario recibir un tratamiento adicional con el tiempo, ya sea porque aparece una nueva lesión en otra parte de la próstata o porque el tumor tratado vuelve a activarse.

Por este motivo, la terapia focal puede ser una opción adecuada en pacientes muy seleccionados y en centros con experiencia en estas técnicas, siempre dentro de un programa de seguimiento estricto mediante PSA, resonancia magnética y, en ocasiones, biopsias de control.

VIGILANCIA ACTIVA

La vigilancia activa es una opción segura y cada vez más utilizada para muchas personas con cáncer de próstata de **bajo riesgo** (Grado 1) o **intermedio** (Grado 2 en casos muy concretos).

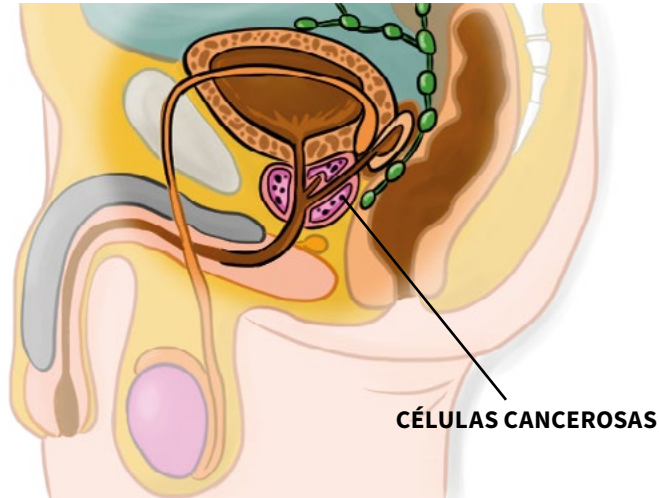
No significa “no hacer nada”, sino **“tratar solo si es necesario”**. La mayoría de los tumores de bajo riesgo crecen muy lentamente (o incluso pueden no crecer) y no causan problemas durante años, a veces durante toda la vida. Estudios a largo plazo muestran que el 95 % de pacientes en vigilancia activa mantienen la próstata intacta a los 10 años y no desarrollan metástasis⁶.

Consiste en hacer un seguimiento mediante PSA (cada 3-6 meses), tacto rectal periódico, resonancia magnética prostática / microultrasonidos de forma anual (para detectar nuevos focos) y biopsias de control cada 1-3 años.

Si durante el seguimiento se observa que el tumor cambia su agresividad o crece, entonces se recomienda iniciar tratamiento curativo.

b. Cáncer de próstata localmente avanzado

Hablamos de cáncer de próstata localmente avanzado cuando el tumor se ha extendido más allá de la próstata, pero **sin llegar a producir metástasis a distancia**. En estos casos, el tratamiento sigue teniendo **intención curativa**, pero suele requerir un enfoque más amplio que el utilizado en los tumores estrictamente localizados.



· Cáncer de próstata localmente avanzado ·

Existen dos pilares principales de tratamiento: **cirugía** y **radioterapia**, que con frecuencia se combinan con **tratamiento hormonal** para aumentar su eficacia. La elección depende del tipo de tumor, las pruebas de imagen, la edad, el estado general del paciente y sus preferencias.

CIRUGÍA

En algunos pacientes puede recomendarse una **prostatectomía radical** incluso cuando el tumor se ha extendido ligeramente fuera de la próstata.

En los casos localmente avanzados, además de extirpar la próstata y las vesículas seminales, suele recomendarse realizar una

linfadenectomía pélvica, que consiste en retirar los ganglios linfáticos cercanos a la próstata, permitiendo detectar la presencia de afectación microscópica que no siempre se ve en las pruebas de imagen.

La información obtenida del análisis de la pieza de prostatectomía y de los ganglios linfáticos es muy importante porque **ayuda a ajustar el tratamiento posterior**. En algunos casos se recomienda completar el tratamiento con **radioterapia** y/o **terapia hormonal** para reducir el riesgo de recaída (es decir, de que el cáncer vuelva a aparecer).

Es importante saber que, aunque la cirugía puede ofrecer un buen control del tumor, en la enfermedad localmente avanzada suele formar parte de una **estrategia combinada** que incluye tratamientos adicionales en función de los hallazgos definitivos tras la intervención.

HORMONOTERAPIA

El tratamiento hormonal, también llamado terapia de privación de andrógenos, reduce la producción de testosterona, una hormona que favorece el crecimiento del cáncer de próstata. En la enfermedad localmente avanzada, suele administrarse **junto con la radioterapia**, ya que esta combinación mejora de forma importante los resultados.

La hormonoterapia puede administrarse de distintas maneras: inyecciones intramusculares o subcutáneas, habitualmente cada seis meses, o un fármaco oral de toma

diaria. Ambas opciones buscan conseguir el mismo efecto: mantener la testosterona en niveles muy bajos para frenar el crecimiento del tumor. Habitualmente, el tratamiento hormonal consiste en la administración de fármacos como triptorelina, goserelina, leuprorelina o relugolix, y se mantiene durante un **periodo prolongado**, alrededor de **2-3 años**, porque se ha demostrado que esta duración ayuda a controlar mejor el tumor y disminuye el riesgo de que vuelva a aparecer.

En algunos casos considerados de alto riesgo, puede añadirse un medicamento llamado abiraterona, que bloquea de forma más intensa la producción de hormonas relacionadas con el crecimiento tumoral. Esta combinación ha demostrado ofrecer beneficios adicionales en pacientes con tumores más agresivos. Además, existen líneas de investigación sobre medicamentos hormonales administrados antes y después de la cirugía para reducir el tumor y evitar que vuelva.

RADIOTERAPIA

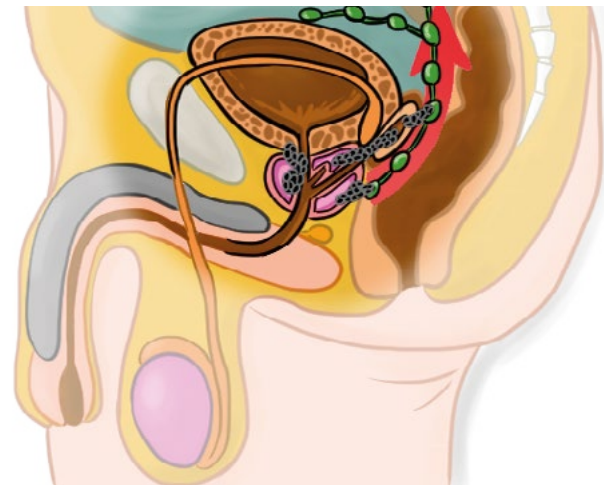
En esta etapa, la radioterapia externa, combinada con la hormonoterapia durante al menos 2 años, ha demostrado ser superior a la hormonoterapia exclusiva en términos de supervivencia, control de la enfermedad y calidad de vida de los pacientes. En este escenario, además de la próstata, se irradian (es decir, se trata con radioterapia), las vesículas seminales e incluso las regiones ganglionares de la pelvis, según las características del tumor.

Otra posible estrategia de tratamiento es combinar la radioterapia

externa y la hormonoterapia con braquiterapia de alta tasa para aumentar la dosis de radiación sobre la próstata. Por último, en casos de alto riesgo de que el cáncer vuelva a aparecer en la zona de la próstata tras la cirugía (márgenes quirúrgicos con tumor, invasión de tejidos periprostáticos o vesículas seminales) puede administrarse radioterapia sobre el lecho prostático (espacio que queda en el cuerpo después de extirpar la próstata) y, en ocasiones, también sobre las regiones ganglionares de la pelvis, combinado o no con terapia hormonal.

c. Cáncer de próstata avanzado

Hablamos de cáncer de próstata avanzado cuando el tumor se ha extendido fuera de la próstata y aparecen **metástasis**, que pueden



· Cáncer de próstata avanzado ·

localizarse en los huesos, los ganglios linfáticos fuera de la pelvis u otros órganos. Aunque se trata de una situación más compleja, existen múltiples tratamientos muy eficaces que permiten controlar la enfermedad durante largos periodos y mantener una buena calidad de vida.

Distinguiremos una primera fase en la que la enfermedad responde a fármacos que suprimen la testosterona (castración), que denominaremos **cáncer de próstata hormonosensible metastásico (CPHSm)** y otra en la que la enfermedad progresa a pesar de que la testosterona está suprimida, denominada **cáncer de próstata resistente a castración metastásico (CPRCm)**. Existe también el **cáncer de próstata resistente a castración sin metástasis visibles (CPRCnm)**, pero este escenario es cada vez menos frecuente gracias al uso de técnicas de imagen más sensibles, como el PET-PSMA.

CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO (CPHSM)

Cuando se diagnostican metástasis⁶ por primera vez, y siempre que las características del paciente lo permitan, el **tratamiento debe iniciarse de forma intensificada**, es decir, no solo con el tratamiento hormonal clásico, sino añadiendo nuevas hormonas de última generación, ya que se ha demostrado que esta estrategia mejora de manera significativa la supervivencia. De cualquier modo, es importante considerar también las repercusiones en la calidad de vida, ya que la intensificación puede producir un aumento de los efectos secundarios de la quimioterapia o de los tratamientos hormonales.

El tratamiento hormonal clásico (bajar la testosterona mediante inyecciones o medicación oral) es la base del tratamiento, pero hoy no se considera suficiente por sí solo en la mayoría de estos pacientes. Las principales opciones de tratamiento son las siguientes:

a) Terapia de privación de andrógenos (TPA) en monoterapia

El objetivo es reducir la testosterona a niveles muy bajos. Puede administrarse mediante inyecciones intramusculares o subcutáneas, habitualmente cada 3 o 6 meses, o mediante un fármaco oral diario. La TPA, basada en fármacos como triptorelina, leuprorelina, goserelina o relugolix, es la base del tratamiento en la enfermedad metastásica hormonosensible, pero su uso como único tratamiento debe reservarse para **pacientes frágiles** (con más probabilidad de tener dificultades con el tratamiento) o con **contraindicaciones** para recibir terapias combinadas.

b) Terapia de privación de andrógenos (TPA) + inhibidores de la vía del receptor androgénico (ARPIs)

En la mayoría de los pacientes con CPHSm el tratamiento de elección será un doblete hormonal que combina TPA y un inhibidor de la vía del receptor de andrógenos, que bloquea de manera más intensa la señal hormonal que estimula el tumor. Los ARPI disponibles y financiados en España para esta indicación son: abiraterona, enzalutamida, apalutamida y darolutamida. Estas combinaciones han demostrado mejorar claramente la supervivencia y retrasar la progresión del cáncer, con un perfil de efectos secundarios previsible y fácilmente tratable.

En pacientes que se diagnostican de inicio con enfermedad metastásica, pero presentan un bajo volumen de metástasis, puede que les propongan añadir al doblete hormonal un tratamiento de **radioterapia dirigida a la próstata**. Esta estrategia también contribuye a mejorar la supervivencia y puede tener un beneficio sobre los síntomas o complicaciones locales a nivel pélvico por el crecimiento local del tumor.

En algunos casos con poca presencia de metástasis (enfermedad oligometastásica), puede que se proponga añadir un tratamiento dirigido a las metástasis con radioterapia estereotáctica (SBRT). Se trata de un tratamiento muy preciso, muy bien tolerado y con mínimos efectos secundarios, que, aunque aún no ha demostrado beneficio en supervivencia global, sí que es posible que permita retrasar la progresión de la enfermedad y la reintroducción del tratamiento.

c) Terapia de privación de andrógenos (TPA) + inhibidores de la vía del receptor androgénico (ARPI) + quimioterapia

En pacientes con **enfermedad de alto volumen**, es decir, con un número elevado de metástasis o afectación en órganos como los pulmones o el hígado, puede recomendarse un tratamiento más intensivo que combina: TPA + ARPI + quimioterapia (docetaxel). Este triplete terapéutico ha demostrado aumentar la supervivencia global de los pacientes con CPHSm, sobre todo en el subgrupo de alto volumen de enfermedad. La decisión de utilizar esta terapia intensiva debe ser individualizada, valorando el balance beneficio-riesgo y teniendo en cuenta los síntomas del paciente y el momento de aparición de las metástasis, sobre todo si ya están en el momento del debut de la enfermedad.

CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A CASTRACIÓN METASTÁSICO (CPRCM)

Con el tiempo, en algunos pacientes el cáncer puede progresar a pesar de mantener niveles muy bajos de testosterona. Esto se conoce como **enfermedad resistente a la castración**. En esta situación, la elección del tratamiento depende en gran medida de lo que el paciente haya recibido previamente en la fase hormonosensible (TPA en monoterapia, doblete TPA + ARPI o triplete TPA + ARPI + docetaxel).

El **tratamiento previo**, junto con el **estado general del paciente** y su **capacidad para tolerar nuevos fármacos**, influye en toda la estrategia terapéutica. Las opciones de tratamiento disponibles son:

- ARPI: abiraterona y enzalutamida son los dos únicos ARPI con indicación y financiación en CPRCm. Estos tratamientos, si ya hubieran sido utilizados en la fase hormonosensible de la enfermedad, es poco probable que vuelvan a ser utilizados en la fase de CPRCm, ya que disminuye su eficacia.
- Quimioterapia: docetaxel y cabazitaxel. En caso de progresión después de docetaxel, es más eficaz utilizar cabazitaxel que volver a administrar un tratamiento hormonal de nueva generación, aunque sea diferente de los empleados previamente.
- Terapias dirigidas en pacientes con determinadas alteraciones en genes que predisponen a cáncer de próstata, como BRCA1 y BRCA2: talazoparib + enzalutamida o niraparib + abiraterona. Por este motivo es recomendable realizar un estudio genético

del tumor, ya que identificar una mutación puede abrir la puerta a tratamientos más específicos y eficaces. Además, es aconsejable realizar un estudio genético para detectar posibles alteraciones hereditarias relacionadas con la reparación del ADN.

- Radio-223. Es un tratamiento indicado para pacientes que presentan metástasis fundamentalmente a nivel óseo, sin evidencia de afectación visceral.
- Lutecio-177 PSMA. Es un nuevo tratamiento que reconoce las células tumorales y se une a ellas. Una vez unidas le aplican una radiación que las elimina. De esta forma, solo afecta a las células con tumor, y no a las sanas. Ha demostrado mejorar la supervivencia y reducir síntomas en pacientes con progresión tras tratamientos previos. Es muy probable que en muy poco tiempo veamos este tratamiento posicionado también en la fase hormonosensible inicial de la enfermedad.

CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A CASTRACIÓN NO METASTÁSICO (CPRCnm)

En algunos pacientes sin metástasis visibles, el PSA puede comenzar a subir a pesar de mantener niveles muy bajos de testosterona. Si, tras repetir las pruebas de imagen, se confirma que no hay metástasis, hablamos de cáncer de próstata resistente a la castración no metastásico (CPRCnm).

En esta fase, la agresividad de la enfermedad se evalúa principalmente mediante el tiempo de duplicación del PSA. Cuando este tiempo

es corto (crecimiento rápido), el riesgo de desarrollar metástasis es mayor. En estos casos de alto riesgo, varios tratamientos han demostrado mejorar de forma clara la supervivencia y retrasar la aparición de metástasis sin empeorar la calidad de vida de los pacientes. Los fármacos utilizados para ello son: enzalutamida, apalutamida y darolutamida.

El CPRCnm es hoy una situación clínica cada vez menos frecuente, debido al uso de técnicas de imagen mucho más sensibles para detectar metástasis en fases muy precoces, como el PET/TAC con PSMA. En muchos pacientes, estas pruebas permiten reclasificar la enfermedad y adaptar el tratamiento de forma más precisa.

2. Efectos secundarios

Los efectos secundarios son uno de los aspectos que quizá más te preocupen, por el impacto que pueden ocasionar en tu vida. Aunque es cierto que todos los tratamientos para el cáncer de próstata tienen estos riesgos, también es importante destacar que los avances en la investigación han traído consigo terapias que los pacientes cada vez toleran mejor.

Los efectos secundarios dependerán del tipo de tratamiento que recibas. Es importante saber que no todas las personas presentan las mismas complicaciones.

Por tanto, no des por hecho que experimentarás los que a continuación explicamos. Habla con tu equipo médico para conocer con más detalle los más probables. Conocerlos te ayudará a prevenirlos y a estar preparado en caso de que aparezcan.

EFFECTOS SECUNDARIOS GENERALES

Las **alteraciones de tipo digestivo o nutricional**, náuseas, vómitos, diarrea o pérdida de peso pueden ser consecuencia de determinados tratamientos. Existen fármacos que te ayudarán a eliminarlas o reducirlas. Además, contar con información y asesoramiento por parte de los equipos de endocrinología o dietistas-nutricionistas te permitirá adaptar tu alimentación para afrontarlas. En el **CAPÍTULO 5** de esta guía encontrarás recomendaciones generales para ello.

El **cansancio o fatiga** es común entre muchas personas con cáncer de próstata, especialmente en las etapas avanzadas de la enfermedad y/o también debido a los tratamientos recibidos. Todavía no se conocen bien sus causas, pero se empiezan a valorar posibles mecanismos biológicos, como la pérdida de músculo esquelético, el descenso de los glóbulos rojos o la desincronización del ritmo circadiano⁶. Esta fatiga causa falta de energía y dificulta seguir con la vida habitual, por lo que puede afectar al estado de ánimo. Lo habitual es que sea temporal y es importante saber que no significa necesariamente que la enfermedad esté avanzando. Aun así, es conveniente que trates de reducir el cansancio para mejorar tu bienestar. Anotar en qué momentos estás más cansado te ayudará a identificar las posibles causas y a programar tus planes en función de los momentos en que te sientas con más fuerza. En el **CAPÍTULO 5** encontrarás un apartado sobre recomendaciones prácticas para el descanso que te invitamos a leer.

Una de las repercusiones asociadas a los tratamientos (hormonoterapia y quimioterapia) es la **pérdida de memoria**

o déficit cognitivo. Estas dificultades también pueden estar relacionadas con aspectos psicológicos, pero cada vez hay más evidencia de que tienen que ver con las toxicidades de los tratamientos y sus efectos en la esfera cognitiva⁶. Como consecuencia, pueden aparecer problemas de concentración y de memoria, o una leve disminución del rendimiento intelectual. A veces pueden pasar desapercibidos, pero si sientes que te están afectando, compártelo con tu equipo médico. Existen ejercicios mentales y de memoria que pueden ayudarte, así como realizar algún tipo de actividad física.

“He perdido memoria y agilidad mental. Me quedo a veces bloqueado, cosa que antes no me pasaba nunca”

EFFECTOS SECUNDARIOS ESPECÍFICOS SEGÚN LOS TRATAMIENTOS

Cirugía

El desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva laparoscópica y robótica y la experiencia adquirida por parte de los equipos de urología han permitido que las complicaciones tras la cirugía sean cada vez menores. Sin embargo, es probable que tengas algunas dificultades tras la intervención, como, por ejemplo, con la **sonda vesical** que deberás llevar durante unos días tras la intervención.

“Al final te conoces tanto que te haces experto. Sé que debo caminar lento para que haya menor pérdida y que debo ir a orinar a menudo”

Puede ocasionarte algún inconveniente, aunque normalmente es bien tolerada. Antes de recibir el alta, tu equipo médico y de enfermería resolverán todas tus dudas sobre cómo manejarla.

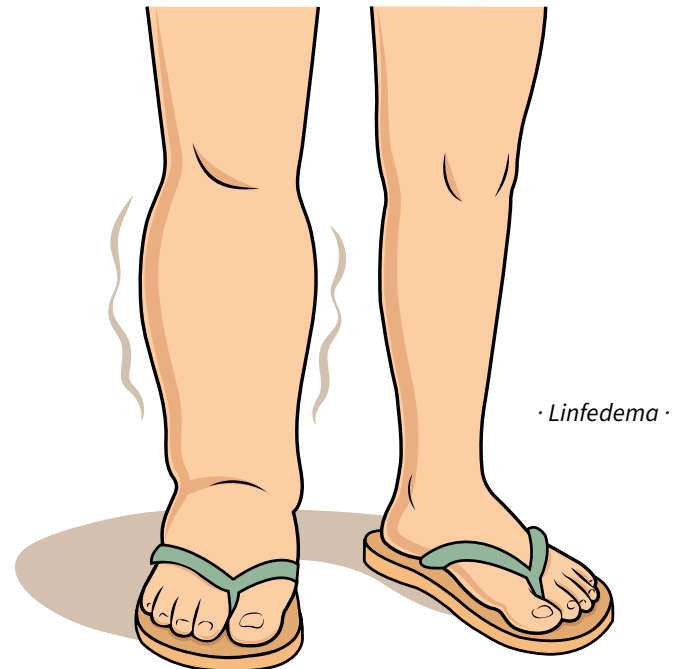
La **incontinencia urinaria y las alteraciones sexuales** son dos de las principales consecuencias de la cirugía. Encontrarás en esta guía dos capítulos específicos (**CAPÍTULOS 3 y 4**) dedicados a dichas complicaciones, si bien queremos ofrecerte a continuación una primera explicación para que puedas conocerlas mejor.

- La incontinencia urinaria se debe a que la extirpación de la próstata durante la cirugía puede alterar el sistema de esfínteres⁶ urinarios que necesitarán un periodo de readaptación. Por ello, lo más habitual es que aparezca cuando estás recién operado y se solucione en unos meses (la incontinencia definitiva es muy infrecuente). Suele ser leve o moderada y se nota fundamentalmente cuando se realizan esfuerzos como toser o levantarse.
- La disfunción eréctil es debida a lesiones que se producen durante la cirugía en los nervios que facilitan la erección porque, en muchas ocasiones, es inevitable dañarlos. Factores como la edad y el estado de la función sexual previo influyen en el resultado final. Las alteraciones sexuales pueden ocasionar un impacto importante en tu vida. Por tanto, no dudes en hablar con tu urólogo/a para trabajar juntos en la búsqueda de soluciones.

Es posible notar molestias por adherencias⁶ en la zona de la cicatriz o entre la vejiga y el pubis. Suelen mejorar en semanas o meses. La fisioterapia puede ayudar. Si notas dolor al orinar o sensación

de que no vacías bien la vejiga, consulta para valorar una posible retención urinaria.

Tras la cirugía del tumor o la extirpación de los ganglios linfáticos, o bien a consecuencia de la radioterapia, puede aparecer **linfedema** en la/s pierna/s, los genitales o el pubis. El linfedema es una acumulación de líquido, restos celulares y macromoléculas en el espacio que hay entre las células que provoca un aumento del volumen y consistencia en la región afectada. Es la respuesta a la agresión que sufre el sistema linfático, que es el encargado de transportar dichas sustancias. Si aparece se nota como una hinchazón en el pie y la pierna, o en los genitales, que causa



sensación de pesadez, tirantez, inflamación o molestias. Al comienzo, la elevación de las extremidades alivia y hace que el volumen se reduzca, pero a medida que el linfedema evoluciona deja de ser efectiva. Si tienes estos síntomas acude a tu equipo de urología para que pueda diagnosticarlo y derivarte al fisioterapeuta o rehabilitador. Los pacientes que lo padecen suelen tardar muchos meses en consultar con el especialista por vergüenza, miedo, desconocimiento o falta de información. Es crónico y evolutivo. No se cura pero sí se trata y, cuanto antes se aborde, mejores son los resultados y menores problemas conlleva. Puede acarrear trastorno de la autoimagen y, según el grado de afectación, alteraciones en el equilibrio y la postura.

El linfedema se trata con fisioterapia, concretamente con Terapia Descongestiva Completa (drenaje linfático manual, ejercicios de movilidad y fuerza, terapia linfática mecánica, vendajes compresivos y medias de compresión especiales, junto con cuidados de la piel). Es recomendable que el profesional al que acudas esté especializado en fisioterapia oncológica o en linfedemas.

Otra de las secuelas de la cirugía podría ser la **neuroapraxia** (lesión leve de un nervio). A menudo se produce por el hecho de mantener la misma posición durante el tiempo que dura la cirugía, lo cual provoca que los nervios se irriten por estiramiento o por compresión. Puedes sentir hormigueos, acorchamiento o adormecimiento de la zona inervada por el nervio lesionado. En algunos casos, poco frecuentes, la neuroapraxia es más severa y persiste una sensación de quemazón en la planta de los pies.

El **daño rectal** puede ocurrir como consecuencia de una cirugía de

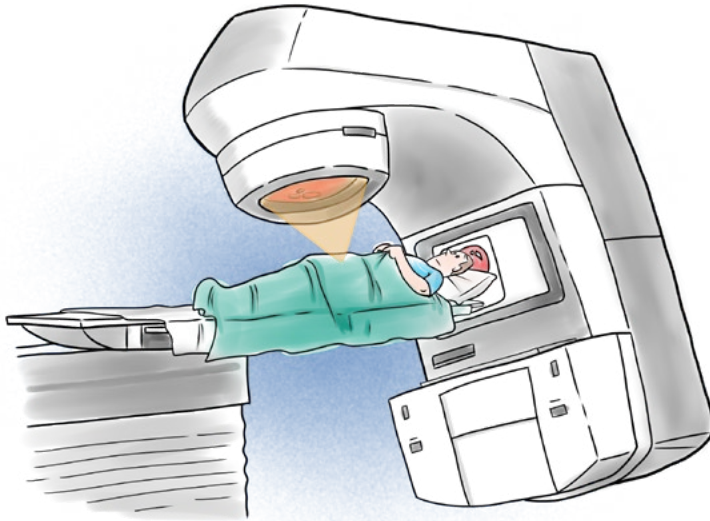
próstata o de la radioterapia. El diagnóstico y la reparación precoces son fundamentales para prevenir las secuelas. La reparación suele ser quirúrgica.

En pocas ocasiones aparece una **hiperestesia escrotal**, esto es, un aumento de la sensibilidad en la piel escrotal y la zona anterior del periné debido a la incisión, que puede tocar nervios cutáneos que inervan esas zonas. Esta molestia puede prolongarse durante unas semanas, pero remite poco después, cuando esos nervios se regeneran.

Radioterapia

La radioterapia es un tratamiento muy eficaz, aunque, como cualquier procedimiento médico, puede tener algunos efectos secundarios. Estos se deben a que, además de la próstata, la radiación puede afectar ligeramente a los órganos cercanos, como la vejiga y el recto. En algunos casos, pueden aparecer molestias durante el tratamiento o poco después, como **sensación de escozor al orinar (cistitis) o irritación rectal (proctitis)**. Ocasionalmente, los efectos pueden presentarse meses o años más tarde, debido a cambios en los tejidos como la fibrosis⁶ o la atrofia, que pueden causar sangrado leve en la orina o las heces. Con la braquiterapia, el riesgo de irritación del recto suele ser menor, porque la radiación se aplica de forma muy localizada dentro de la próstata.

En los últimos años, la introducción de la **radioterapia estereotáctica corporal (SBRT)** guiada por resonancia magnética (RM) ha permitido reducir aún más estos efectos secundarios. Gracias a esta tecnología, los médicos pueden visualizar la próstata



· Radioterapia ·

y los órganos vecinos con gran precisión en tiempo real, ajustando la radiación en cada sesión. De este modo, se protege mejor el tejido sano y se disminuye el riesgo de problemas urinarios, rectales o sexuales tras el tratamiento.

Terapia de privación de andrógenos (TPA)

La TPA reduce los niveles de testosterona, una hormona que alimenta el crecimiento del cáncer de próstata. Aunque suele tolerarse bien, puede producir varios efectos secundarios.

El más frecuente es la **pérdida de masa ósea** (descalcificación). Por ello, tu equipo médico valorará la necesidad de tomar calcio y vitamina D, y en algunos casos medicación específica para proteger los huesos.

También pueden aparecer **sofocos** (similares a los de la menopausia), disminución del deseo sexual, sudoración, cansancio y dolor o aumento de sensibilidad en los pechos. Existen tratamientos para aliviar estas molestias, aunque no siempre las eliminan por completo.

En algunos casos puede incluir un mínimo desarrollo de la glándula mamaria (ginecomastia).

Además, la TPA puede favorecer cambios metabólicos como **aumento de grasa corporal, descenso de masa muscular o alteraciones del azúcar y el colesterol**. Tu equipo médico hará un seguimiento para prevenir y manejar estos cambios y ayudarte a mantener la mejor calidad de vida posible.

Quimioterapia

La quimioterapia puede provocar una sensación de hormigueo, pérdida de sensibilidad o ardor en las manos y en los pies (síndrome mano-pie). Se deben al impacto que determinados fármacos quimioterápicos ejercen sobre los nervios y se conoce como **neuropatía periférica**. Existen algunos tratamientos farmacológicos para este tipo de efectos secundarios. En caso de que aparezcan, se recomienda utilizar ropa ancha y calzado cómodo, evitar agua muy caliente o muy fría y proteger las manos y los pies con guantes y calcetines cuando las temperaturas son extremas.

Si vas a recibir **docetaxel**, tu equipo médico prescribirá antes un tratamiento con corticoides para evitar que aparezcan reacciones

de hipersensibilidad y retención de líquidos. Este fármaco induce neutropenia (descenso del número de glóbulos blancos en la sangre) en el 80 % de los casos entre siete y diez días después de su administración, aunque los pacientes se recuperan bien en una semana. También puede producir alopecia completa y es responsable de la aparición de mialgias (dolores musculares). Además, debido al tiempo de tratamiento, cerca del 50 % de los pacientes experimentan reacciones cutáneas y alteraciones en las uñas. En el 60 % de los casos provoca retención de líquidos. Y en otro 60 %, cansancio y aumento de las transaminasas hepáticas.

El tratamiento con **cabazitaxel** requiere también premedicación con esteroides para evitar toxicidad alérgica aguda. Induce una mayor neutropenia que el docetaxel en el 90 % de los casos, por lo que un elevado porcentaje de pacientes deben recibir una inyección añadida de factores de crecimiento de las células madre de la médula ósea como medida de prevención. Provoca alopecia, como el docetaxel, aunque en menor porcentaje. El resto de las toxicidades son similares a las que causa este último fármaco: parestias (hormigueos), retención de líquidos, etc.

Inhibidores de la vía del receptor de andrógenos (ARPIs)

Los ARPIs son medicamentos que bloquean de forma más intensa la señal hormonal que estimula el crecimiento del cáncer de próstata. Se toman generalmente por vía oral y suelen utilizarse durante largos periodos de tiempo. Los más empleados son **enzalutamida**, **abiraterona**, **apalutamida** y **darolutamida**. Todos comparten algunos efectos secundarios posibles, como cansancio, hipertensión o molestias digestivas, pero cada uno tiene particularidades:

- **Enzalutamida:** puede producir efectos neurológicos leves a nivel central (dificultad para concentrarse, pequeños fallos de memoria o alteraciones del sueño), se asocia con mayor incidencia de caídas y, muy raramente, convulsiones.
- **Abiraterona:** debe administrarse junto con prednisona, ya que puede alterar la producción de hormonas en la glándula suprarrenal. Puede aumentar la tensión arterial, favorecer la retención de líquidos y, en personas predispuestas (con dificultades cardiovasculares de base), provocar problemas cardiovasculares.
- **Apalutamida:** puede asociarse a erupciones cutáneas, cansancio y, en algunos casos, alteraciones tiroideas o caídas, por lo que se vigilan especialmente estos aspectos.
- **Darolutamida:** suele tener un perfil de tolerancia algo más favorable en cuanto a síntomas neurológicos centrales, aunque también puede producir cansancio y alteraciones analíticas que se controlan con análisis periódicos.

Tu equipo médico valorará cuál es el fármaco más adecuado en tu caso y realizará controles regulares para detectar y tratar precozmente cualquier efecto secundario.

.....
“Los grupos de ayuda y las asociaciones de pacientes serían ideales para abordar estos efectos secundarios cruciales. Luego cada uno lo puede sublimar de la forma que considere”
.....

Radio-223

Sus principales efectos secundarios son gastrointestinales y hematológicos (anemia, fundamentalmente) y son consecuencia de la radiación que recibe la médula ósea situada en el interior de nuestros huesos.

Fármacos dirigidos a la reparación del ADN tumoral (iPARP)

Pueden producir alteraciones de la sangre como anemia intensa, descenso de glóbulos blancos o plaquetas, cansancio y alteraciones digestivas como diarrea o náuseas. Es importante un control cercano del paciente para solucionarlos.

¿CÓMO ACTUAR ANTE LOS EFECTOS SECUNDARIOS?

- **Informa a tu equipo médico.** Quizá pienses que sentirte mal es normal cuando se está en tratamiento oncológico, pero debes saber que existen recursos y soluciones que ayudan a reducir los efectos secundarios. No ocultes aquellos cambios que estés experimentando y sigue las indicaciones de tu equipo médico.
- **Anímate a hacer cambios en tu vida.** Tal vez debas modificar algunos de tus hábitos de vida para evitar o disminuir algunos efectos secundarios. A veces pensamos que solo el equipo médico puede ayudarnos a sentirnos mejor, cuando lo cierto es que determinadas variaciones en la dieta, en los hábitos deportivos, en las rutinas o en la forma en que planificamos el día pueden mejorar tu calidad de vida.
- **Consulta a especialistas.** La búsqueda de respuestas puede llevarte a personas que venden soluciones “milagro”. Nuestra recomendación es que te asesores solo con profesionales cualificados. Fisioterapeutas, dietistas-nutricionistas, médicos... todos ellos pueden ayudarte a encontrar soluciones realistas.

3. Estudios en desarrollo

¿QUÉ SON LOS ENSAYOS CLÍNICOS?

Las opciones terapéuticas para las personas con cáncer de próstata cada vez están proporcionando mejores resultados, y son fruto de los avances en el campo de la investigación. Los ensayos clínicos son una parte fundamental de la investigación ya que, gracias a ellos, conseguimos averiguar la idoneidad de incorporar un nuevo tratamiento (o una combinación de varios).

Conocer los que están en marcha te ayudará a predecir cuáles serán los próximos pasos en el tratamiento futuro de esta enfermedad y, además, tendrás la posibilidad de valorar tu participación en uno de ellos. Pero ¿qué es un ensayo clínico?

Un ensayo clínico es el estudio experimental de un tratamiento en seres humanos con el fin de evaluar su eficacia (efectos que proporciona en circunstancias ideales de uso) y seguridad (riesgos que puede ocasionar).

Existen cuatro fases de ensayos clínicos según sus objetivos y características, aunque para agilizar el desarrollo de los fármacos, es frecuente que la fase I y II se fundan y se comience a explorar la actividad desde el inicio de la investigación:

- **Fase I:** el propósito es corroborar que el medicamento es seguro para el ser humano, por lo que se utilizan dosis bajas. Además, se analizan la farmacocinética (se estudia lo que el organismo le hace al fármaco: cómo lo absorbe, distribuye,

metaboliza y elimina) y la farmacodinámica (su efecto en el organismo).

- **Fase II:** el objetivo es evaluar la respuesta del fármaco que se investiga, es decir, el efecto del tratamiento sobre el cáncer de próstata, obtener más información sobre toxicidades o riesgos y determinar la dosis óptima.
- **Fase III:** se trata de confirmar, en un grupo más amplio y diverso de personas, que el tratamiento es eficaz y seguro. Se compara el nuevo medicamento con el considerado estándar en ese momento y se evalúan sus posibles ventajas en supervivencia global y en supervivencia libre de progresión, entre otros parámetros. Este tipo de estudios son fundamentales dado que constituyen la base para el avance terapéutico al sustituir un tratamiento nuevo por uno ya considerado de menor eficacia.
- **Fase IV:** es el proceso posterior a la autorización y comercialización del fármaco, y el propósito es evaluar cómo de efectivo y seguro es en la práctica clínica.

Existen diferentes tipos de ensayos clínicos, con una serie de criterios de inclusión y exclusión para participar en ellos. Habla con tu equipo médico si estás interesado en saber más sobre los que están en marcha. Además, existe un recurso útil en el que podrás informarte con fiabilidad: se trata del **Registro Español de Estudios Clínicos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)**, al que podrás acceder a través de la página web: <https://reec.aemps.es/reec/public/web.html>.

Como hemos comentado, cada vez disponemos de tratamientos más eficaces para el cáncer de próstata y todos ellos han sido previamente evaluados a través de su correspondiente ensayo clínico. Pero, además, la investigación no se detiene, y en la actualidad se desarrollan nuevos ensayos clínicos que darán sus frutos en los próximos años.

Pero **¿por dónde va la investigación en cáncer de próstata en la actualidad?**

La investigación en cáncer de próstata avanza con un objetivo muy claro: **ofrecer un tratamiento cada vez más personalizado**, ajustado a las características del tumor y de cada paciente. Este enfoque, conocido como **medicina de precisión**, está transformando todas las etapas de la enfermedad.

A continuación, te ofrecemos un resumen, teniendo en cuenta las diferentes etapas del cáncer de próstata que hemos visto al inicio de este capítulo.

CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO

En esta fase, los esfuerzos se centran en **mejorar el diagnóstico y evitar tratamientos innecesarios**, sin perder eficacia. La resonancia magnética multiparamétrica y los microultrasonidos, combinados con biopsias dirigidas, permiten identificar con mayor exactitud las zonas sospechosas dentro de la próstata.

Además, se están estudiando **biomarcadores**⁶ en sangre y orina que podrían ayudar a distinguir qué tumores son más

agresivos y necesitan tratamiento y cuáles pueden mantenerse en vigilancia.

Otra línea de investigación son las **terapias focales**, que tratan únicamente la parte de la próstata donde está el tumor. El objetivo es conservar la mayor parte del tejido sano y reducir efectos secundarios. Técnicas como el HIFU, la crioterapia o la electroporación se encuentran en evaluación.

De igual modo, la **cirugía robótica** continúa perfeccionándose para minimizar las secuelas.

Y, por último, **el tratamiento radioterápico es cada vez más preciso y emplea tecnología más avanzada**. Se investiga en minimizar los riesgos, sustituyendo el principio clásico en radioterapia de aplicar la dosis máxima en el tumor y la dosis mínima en los tejidos sanos, por un nuevo principio: el de la dosis necesaria en la localización exacta, en el momento correcto y en el paciente adecuado.

De especial interés es **la terapia con partículas de protones**, una técnica muy compleja desde el punto de vista físico, que permite administrar dosis muy altas en los tumores prostáticos con una disminución muy significativa de la irradiación que reciben los tejidos normales.

También es destacable **la radioterapia adaptativa guiada por resonancia magnética (RM)**, que es una forma muy precisa de radioterapia que permite ver la próstata y los órganos cercanos en tiempo real durante cada sesión de tratamiento. Gracias a la

imagen por RM, el equipo médico puede ajustar la radiación día a día según los pequeños cambios en la posición o forma de la próstata. Esto ayuda a proteger mejor los tejidos sanos, como la vejiga y el recto, y a reducir los efectos secundarios, manteniendo una alta eficacia contra el cáncer.

CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO

En la actualidad, la investigación en cáncer de próstata avanzado progresa hacia un objetivo esencial: **identificar biomarcadores⁶ predictivos de respuesta que permitan individualizar con mayor precisión el tratamiento**. Esto supone un cambio fundamental, ya que los criterios clínico-patológicos que utilizamos hoy (como el grado del tumor, el PSA o la extensión de la enfermedad) aportan información pronóstica, pero no permiten predecir con exactitud qué tratamiento será más eficaz para cada paciente.

El futuro pasa por conocer mejor la biología del tumor y sus alteraciones genéticas y moleculares, para poder así seleccionar la terapia más adecuada. En esta línea, se están realizando ensayos que evalúan **tratamientos dirigidos frente a alteraciones específicas**, como mutaciones en genes reparadores del ADN, para las que ya disponemos de fármacos eficaces en cáncer de próstata resistente a castración metastásico (CPRCm), o cambios como la **pérdida de PTEN (inactivación de la proteína PTEN)**, presentes en algunos tumores agresivos.

Otra de las áreas más prometedoras es el empleo de **radioterapia estereotáctica (SBRT)** para el tratamiento local de la enfermedad oligometastásica (presencia de varias metástasis)

u oligorrecurrente (recaída de la enfermedad con presencia de metástasis). Para explicarlo de una manera más sencilla, sería como quitar la metástasis pero, en vez de con cirugía, con radioterapia. Este tratamiento radioterápico suele emplearse en combinación con terapia de deprivación androgénica⁶ y nuevos fármacos como la apalutamida o la enzalutamida. Determinar cuál es el beneficio real de esta estrategia es especialmente interesante, dado la buena tolerancia que presenta este tratamiento dirigido a la metástasis.

Finalmente, también está en estudio la posibilidad de retirar temporalmente parte o todo el tratamiento sistémico intensificado en determinados pacientes, sin comprometer el control de la enfermedad. Esta estrategia, conocida como **desintensificación**, busca reducir los efectos secundarios y mejorar la calidad de vida del paciente, sin comprometer los resultados oncológicos.

CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO

El tratamiento en esta etapa es una de las que más ha avanzado gracias a la medicina de precisión. Hoy sabemos que **algunos tumores presentan alteraciones genéticas que permiten seleccionar tratamientos dirigidos** específicamente contra ellas. Por este motivo, es fundamental que los especialistas implicados en tu tratamiento soliciten estudios genéticos, tanto somáticos (en el tumor) como germinales (hereditarios), para detectar mutaciones potencialmente tratables, especialmente en los genes BRCA1 y BRCA2.

Cuando estas mutaciones están presentes, pueden utilizarse **inhibidores de PARP**, que en este escenario se administran **en combinación con otros tratamientos hormonales** como enzalutamida o abiraterona. Estos fármacos actúan sobre una vulnerabilidad concreta de las células cancerosas y permiten una terapia más personalizada y eficaz.

Otro avance importante es el desarrollo de **radiofármacos**, como el Lutecio-177 PSMA, que transporta radiación de forma muy precisa a las células tumorales que expresan PSMA, actuando justo donde se necesita y minimizando el daño en los tejidos sanos.

Tanto los inhibidores de PARP como el Lutecio-177 PSMA están siendo estudiados actualmente en fases más precoces de la enfermedad, incluso antes de llegar al estadio metastásico resistente a la castración. Esto significa que, en los próximos años, es probable que su uso se amplíe y que formen parte del tratamiento de pacientes en etapas más tempranas, con el objetivo de mejorar el control de la enfermedad, retrasar su progresión y acercarnos cada vez más a la tan ansiada medicina de precisión.

De cara al futuro, los avances más novedosos se centran en la **inmunoterapia** —aprovechar mejor el sistema inmunitario— y en nuevas estrategias para bloquear la vía hormonal del tumor. Están progresando terapias inmunológicas que actúan como un “puente” entre las defensas y la célula tumoral, facilitando que el propio sistema inmune la reconozca y la elimine.

En paralelo, se investiga una nueva familia de fármacos que no solo bloquean el receptor de andrógenos (la “antena” hormonal del tumor), sino que buscan degradarlo o eliminarlo. Actualmente hay ensayos clínicos en marcha en enfermedad avanzada.

En conjunto, son destacables las líneas que combinan tratamientos dirigidos por biomarcadores⁶ (genética e imagen PSMA), terapias dirigidas al PSMA con nuevos radioligandos más allá del lutecio, nuevas inmunoterapias y ADCs (fármacos que conjugan un anticuerpo dirigido contra un antígeno⁶ tumoral, como el PSMA, y una molécula de quimioterapia que solo se liberará sobre la célula tumoral, siguiendo una estrategia de tipo “caballo de troya”, mucho más activa y menos tóxica y que ya ha dado muy buenos resultados en otros tipos tumorales), con el objetivo de aumentar la eficacia sin depender siempre de la quimioterapia y preservando la calidad de vida.



03

ALTERACIONES URINARIAS

Aunque no ocurre en todos los casos, algunas personas con cáncer de próstata experimentan cambios en la forma de micción. Suelen ser temporales, pero pueden tener repercusiones en la vida cotidiana y afectar al estado de ánimo. Saber cómo hacerles frente te ayudará a convivir con ellos y a reducir su impacto en tu bienestar.

En este capítulo encontrarás información muy útil sobre las alteraciones urinarias: sus causas, los diferentes tipos y algunas soluciones o pautas para afrontarlas en caso de que aparezcan.

1. ¿Qué alteraciones urinarias son las más frecuentes?

Las alteraciones urinarias son numerosas y variadas. Podrás experimentar una sola de ellas o bien varias a la vez. Las más importantes, por su frecuencia, son las siguientes:

- **Urgencia miccional.** Es la aparición súbita de un deseo de orinar intenso y difícil de controlar. En muchas ocasiones se acompaña de una pérdida involuntaria de orina, lo que se conoce como incontinencia urinaria de urgencia (IUU).



- **Polaquiuria y/o nocturia.** La polaquiuria es el aumento en el número de micciones que se realizan durante el día; en consecuencia, el tiempo que transcurre entre una micción y otra se acorta. Si esta situación tiene lugar durante la noche toma el nombre de nocturia.
- **Disuria.** Es una sensación de malestar e incomodidad al orinar. El escozor y la dificultad para expulsar la orina hacen que la micción sea dolorosa.
- **Retardo y/o micción entrecortada.** Puede costar iniciar la micción y notarse un chorro más débil o fino. A veces la micción es intermitente (chorro entrecortado). Es frecuente la sensación de vaciado incompleto, el goteo terminal o la necesidad de orinar en dos tiempos.
- **Retención aguda de orina (RAO).** Se trata de la incapacidad completa para orinar, generalmente por una obstrucción. Aparece de forma súbita y requiere atención médica urgente para resolverla de manera adecuada.
- **Hematuria.** Es la presencia de sangre en la orina.
- **Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).** Suele ocurrir durante los primeros días tras la prostatectomía y consiste en la pérdida de orina cuando aumenta la presión en el abdomen al toser, reír o cargar peso.
- **Incontinencia urinaria mixta (IUM).** Sucede cuando se combinan los síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo y de incontinencia urinaria de urgencia.

2. ¿Por que se producen?

Las causas suelen ser múltiples y diversas y es necesario que el diagnóstico sea muy preciso.

En el cáncer de próstata, los síntomas urinarios suelen ser consecuencia del crecimiento de la glándula prostática alrededor de la uretra y el cuello vesical. Esto provoca desajustes en la dinámica de la micción en las fases de llenado y vaciado de la orina. La anatomía y la función de la vejiga y de la uretra se alteran y el mecanismo de la micción se modifica. Tales síntomas son similares a los que puede producir un proceso prostático benigno, como la hiperplasia⁶ benigna de próstata (HBP).

Además, ciertas terapias que se realizan con intención curativa o paliativa como, por ejemplo, la cirugía, la radioterapia o los tratamientos ablativos de la próstata (explicadas en profundidad en el **CAPÍTULO 2**), entre otras, también pueden ser causa de alteraciones urinarias. Por tanto, estas **no siempre se asocian específicamente al cáncer de próstata, sino al propio crecimiento prostático o a los tratamientos realizados.**

3. Alteraciones urinarias inducidas por la cirugía

Como te explicamos en el **CAPÍTULO 2**, la prostatectomía radical es un procedimiento quirúrgico que se indica con intención curativa cuando el cáncer de próstata está contenido en la glándula prostática (es un cáncer localizado), aunque también se puede realizar en enfermedad localmente avanzada.

Consiste en extirpar la glándula prostática y las vesículas seminales, pudiendo o no asociar la extracción de los ganglios linfáticos regionales. Aunque la técnica quirúrgica es cada vez más precisa e intenta respetar (siempre que sea seguro desde el punto de vista oncológico) las estructuras vasculares y nerviosas, puede ocasionar ciertos daños colaterales, como la incontinencia urinaria y la pérdida de las erecciones (disfunción eréctil).

La **incontinencia urinaria posquirúrgica es habitualmente de esfuerzo** (IUE). Consiste en pérdidas de orina involuntarias cuando aumenta la presión en el abdomen al realizar actos tan comunes como toser, estornudar, reír, ponerse de pie, caminar, correr, hacer ejercicio físico, etc. Suele aparecer tras la cirugía, desde la retirada de la sonda vesical. En la mayoría de los casos mejora de forma progresiva con el paso de las semanas o meses. Solo un pequeño porcentaje de pacientes mantiene pérdidas significativas al cabo de un año. Por ello, los tratamientos definitivos contra la incontinencia se valoran habitualmente a partir del primer año de la cirugía.

Con menos frecuencia pueden aparecer síntomas de vejiga hiperactiva, como urgencia para orinar o pérdidas asociadas a esa urgencia. En algunos casos, coexisten síntomas de IUE y de urgencia, lo que se denomina **incontinencia urinaria mixta (IUM)**.

4. Alteraciones urinarias inducidas por la radioterapia

Algunos hombres pueden presentar incontinencia urinaria después del tratamiento con radioterapia, es decir, dificultad para controlar

la orina o pequeños escapes involuntarios. Este efecto secundario es menos frecuente que el que puede producirse después de la cirugía, aunque el riesgo puede aumentar con el paso del tiempo. La radiación puede causar **inflamación en la vejiga**, una condición llamada cistitis rádica, que a veces provoca sangre en la orina (hematuria) o síntomas de vejiga hiperactiva, como la necesidad urgente o frecuente de orinar y sensación de ardor al hacerlo (disuria).

En la mayoría de los casos, estos síntomas son temporales y mejoran con el tiempo, pero en algunos pacientes pueden mantenerse y requerir tratamiento para aliviar las molestias.

5. ¿Qué soluciones existen para paliar o solucionar las alteraciones urinarias?

Tras una prostatectomía radical, la recuperación de la continencia suele ser progresiva. Durante el primer año es fundamental trabajar en la reeducación vesical, mejorar hábitos de vida y realizar ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, mientras el organismo completa su proceso natural de recuperación.

A continuación, te explicamos las distintas opciones que pueden ayudarte a mejorar o resolver la incontinencia urinaria.

5.1. Intervención sobre los hábitos de vida

Antes de cualquier actuación, **se recomienda modificar ciertos hábitos en el estilo de vida**. Esta recomendación es importante

en todos los casos para lograr una mejoría. La recuperación de la continencia se basa en actuaciones sencillas, muy beneficiosas, de bajo coste y con pocos efectos secundarios: perder peso, llevar una dieta mediterránea, reducir el consumo de cafeína o alcohol, ajustar la ingesta de líquidos al horario diurno y reducirla al final de la tarde, evitar el estreñimiento y el esfuerzo al defecar, dejar de fumar y aumentar la actividad física. Puedes consultar recomendaciones más detalladas en el **CAPÍTULO 5** de esta guía.

5.2. Tratamiento farmacológico

En la incontinencia urinaria de esfuerzo secundaria a prostatectomía radical, los medicamentos tienen una utilidad limitada, ya que no han demostrado una eficacia clara en varones. Por ello, en esta primera fase es muy importante centrarse en ejercicios de **entrenamiento vesical** (micciones pautadas con intervalos de tiempo establecidos), en la **adopción de un estilo de vida más sano y en la rehabilitación del suelo pélvico**.

Los **fármacos anticolinérgicos⁶ o los agonistas adrenérgicos⁶ β_3** son los más adecuados para paliar los síntomas relacionados con la vejiga hiperactiva secundaria a los tratamientos de radioterapia y, en algunos casos, de prostatectomía radical asociada a incontinencia urinaria de urgencia. Pueden reducir la urgencia miccional y la incontinencia urinaria. Sin embargo, su consumo eleva el riesgo de que aparezcan efectos secundarios no deseados (sequedad de boca, estreñimiento, arritmias cardíacas, hipertensión arterial...), siendo numerosos los casos de discontinuidad o suspensión del tratamiento.

5.3. Tratamiento quirúrgico

Si al cabo de un año de la cirugía persisten las pérdidas de orina, tu equipo de urología evaluará el **funcionamiento de la vejiga y del esfínter⁶ urinario** para determinar el tratamiento más adecuado. Existen dos grandes opciones quirúrgicas con excelentes resultados: el esfínter urinario artificial y las bandas o cintas suburetrales.

El **esfínter urinario artificial** constituye el tratamiento de referencia para la incontinencia urinaria grave tras una prostatectomía radical. Consiste en un dispositivo inflable (manguito) que se coloca alrededor de la uretra (como un anillo) y la comprime para evitar que la orina escape. Cuando se tienen ganas de orinar, el paciente presiona una pequeña bomba situada dentro del escroto, que desinfla el manguito de forma temporal. Una vez implantado, tu equipo médico te enseñará a manejar el dispositivo e irás adquiriendo destreza a medida que lo uses. Hoy en día existen modelos de esfínteres ajustables que se adaptan a las necesidades del paciente a lo largo del tiempo.

Las **bandas o cintas suburetrales** son una cirugía menos invasiva que el esfínter artificial, indicada en casos de incontinencia leve o moderada. Consiste en unas cintas de tejido mallado que se ponen debajo de la uretra y pueden recolocarla hasta situarla en su posición anatómica inicial, o bien ejercen cierta presión que logra que la uretra permanezca cerrada mientras no se está orinando. Una vez colocada el paciente no tiene que realizar ninguna maniobra sobre ellas para conseguir vaciar la vejiga durante la micción.

Existen dos tipos: no ajustables y ajustables. Estos últimos permiten regular la tensión de la banda una vez colocada, siempre que el paciente lo precise; de este modo se consigue la presión necesaria en cada momento o etapa de la vida para que la uretra se cierre y no haya escape de orina.

La posibilidad de reajustar estos dispositivos puede ser un valor añadido a la hora de elegir uno u otro.

5.4. Rehabilitación: fisioterapia del suelo pélvico

El suelo pélvico cumple diferentes funciones, tanto en hombres como en mujeres, que es importante conocer. Proporciona sostén, mantiene el equilibrio de las presiones abdominales y desempeña un papel importante en las funciones sexual y urinaria.

El objetivo de la fisioterapia del suelo pélvico, también llamada pelviperineal, es evaluar y tratar las disfunciones relacionadas con la pelvis y el periné. La fisioterapia evalúa y recupera la musculatura del suelo pélvico tras la cirugía de próstata, la radioterapia o incluso la quimioterapia. Por ello, es fundamental acudir a un fisioterapeuta especializado en suelo pélvico tanto antes como después de la cirugía.

Durante la fase prequirúrgica, es esencial mejorar el estado de la musculatura, para luego poder tratarla y recuperarla convenientemente tras la cirugía.

Gran parte de la rehabilitación tras una prostatectomía

radical se basa en entrenar esta musculatura. Los ejercicios más conocidos son los de **Kegel; consisten en realizar contracciones controladas por el paciente y guiadas por el fisioterapeuta** (en el **CAPÍTULO 4** se comentan con mayor profundidad). Estos ejercicios, como veremos a continuación, son solo una parte del abordaje del suelo pélvico en personas que han pasado por una cirugía de próstata (prostatectomía). La evaluación y supervisión del fisioterapeuta durante la reeducación de la musculatura son fundamentales para un mejor resultado. Asimismo, realizar los ejercicios recomendados es indispensable.

.....
“Pasé por rehabilitación de suelo pélvico y en un mes y medio empecé a controlar la incontinencia gracias a los ejercicios”

Se ha demostrado que el entrenamiento preoperatorio de la musculatura del suelo pélvico acelera el tiempo de recuperación y el restablecimiento de la continencia urinaria.

Tras la cirugía, una vez retirada la sonda, podrás comenzar a realizar los ejercicios que te mostramos a continuación. Para ello, acudir a una fisioterapeuta especializada en suelo pélvico es fundamental, ya que te enseñará a hacerlos correctamente.

Continúa realizándolos hasta que controles totalmente los escapes de orina. Si no logras una recuperación completa o la disfunción persiste, acude a fisioterapeutas especializados para que te orienten sobre cuáles son los ejercicios más adecuados en tu caso. A veces no se realizan correctamente y se necesita ayuda profesional.

Sigue las indicaciones de tu fisioterapeuta hasta completar tu recuperación funcional (en cuanto a micción, defecación y función sexual), así como el control muscular. Después, podrás continuar el entrenamiento por tu cuenta o con otros profesionales.

Otras formas de trabajo se basan en el entrenamiento postural y el control motor implícito, así como en el uso de **biofeedback y la electroterapia**.

El *biofeedback* es un tipo de dispositivo que nos permite ver cómo se está realizando la contracción. Para ello, se puede utilizar una sonda específica o un ecógrafo. Así se ayuda al paciente a entender cómo debe contraer la musculatura del suelo pélvico, el abdomen y el diafragma, tanto en intensidad como en resistencia. Consiguiendo el control de la contracción podemos ajustar la fisioterapia para conseguir los objetivos marcados.

La electroterapia permite al paciente ser consciente de su musculatura para poder contraerla de manera eficaz y, además, mejora la cicatrización, el trofismo (estado de los tejidos) y la vascularización⁶ de la zona. Esta técnica puede incluir electroestimulación (EMS), neuromodulación o radiofrecuencia / diatermia.

- La EMS consiste en la aplicación de corriente capaz de producir una contracción muscular, cuando la musculatura está muy debilitada o en casos de pérdida de sensibilidad y fuerza de moderada a severa.
- La neuromodulación se puede aplicar en las raíces sacras

(nervios en la parte baja de la médula espinal) o en el músculo tibial posterior (de la pierna) y permite activar “a distancia” la musculatura del suelo pélvico.

- La radiofrecuencia es una corriente de alta frecuencia que se emplea para activar la musculatura, mejorando principalmente el trofismo.

Tampoco hay que olvidar la importancia de la postura en el control de la musculatura de esta zona, así como los beneficios de los ejercicios de estabilización del core (músculos del abdomen, la zona lumbar y el suelo pélvico). Para ello, pueden resultar útiles disciplinas como el pilates (en su método 5P) o el yoga, que contribuyen a mejorar e integrar, de forma más equilibrada, la contracción del suelo pélvico.

La orientación de las sesiones con una fisioterapeuta especialista en trabajo de suelo pélvico es indispensable, sobre todo tras retirar la sonda y en el seguimiento, para el cambio de pautas en función a la evolución del paciente.

5.5. Dispositivos externos

Para ayudar a disminuir la incontinencia urinaria existen dispositivos externos que controlan la pérdida de orina y evitan que te sientas mojado. Se trata de pinzas oclusivas de pene, sondas uretrales, colectores de orina, entre otros.

Suelen utilizarse como **medidas temporales**, mientras se espera la recuperación tras la cirugía o mientras se decide el tratamiento

definitivo. También pueden ser una opción para aquellas personas que, por distintos motivos, no pueden acceder a cirugía para tratar la incontinencia.

Aunque estos dispositivos pueden ayudar en situaciones concretas, la satisfacción a largo plazo suele ser limitada. Por eso, siempre que sea posible, se recomienda valorar otras opciones con mejores resultados, como los dispositivos internos, que ofrecen un control más eficaz y estable de la incontinencia.

.....
“Recuerdo mi primer paseo con el pañal puesto. Al principio me daba miedo salir a la calle y sientes que la gente te va mirando. Piensas que eres objeto de las miradas”

6. Repercusiones en la calidad de vida

El término calidad de vida es complejo y amplio y hace referencia a la percepción de la realidad de cada persona en función de su cultura, valores, objetivos, expectativas, etc. Por tanto, abarca diferentes factores, desde los relacionados con la salud hasta aquellos que tienen que ver con el entorno en que vivimos. Centrándonos en el cáncer de próstata y las alteraciones urinarias, debemos referirnos tanto a los problemas físicos como a los de otra índole:

- **Psicológicos:** malestar psicológico, baja autoestima, ansiedad y/o depresión, así como dificultades en el sueño y en la comunicación con familiares y amistades que pueden conducir a problemas de ajuste familiar y de pareja (consulta el **CAPÍTULO 6** de esta guía).

- **Sociales:** alteraciones en las relaciones familiares (nuevas necesidades de cuidados, sobrecarga o cambios en las dinámicas), cambios a nivel ocupacional y laboral (pérdida o reajuste del empleo, dificultad para realizar determinadas tareas, posibles rechazos o dificultades en las relaciones laborales), problemas de relación interpersonal centrados en la pérdida de relaciones sociales (aislamientos, riesgo de exclusión o estigmatización), reducción de actividades de ocio (consulta el **CAPÍTULO 5** de esta guía) e impacto económico (disminución de ingresos y aumento de gastos derivados o agravados por la enfermedad).
- **Sexualidad:** disminución o pérdida del deseo sexual, problemas en la excitación, etc. (consulta el **CAPÍTULO 4** de esta guía).

Las repercusiones de estas alteraciones y su tratamiento pueden tener un impacto negativo en la calidad de vida. Por ello, resulta fundamental prestar atención a todas las áreas que son importantes para ti, de modo que consigas un bienestar completo.

A veces, este bienestar pasa por permitirte pedir ayuda antes de que sientas que la situación te supera. No tienes que esperar a “estar muy mal” para consultar, muchas personas mejoran cuando pueden hablar con profesionales sobre cómo se sienten, cómo están viviendo los cambios y qué estrategias pueden poner en marcha para recuperar la seguridad y la confianza.

.....
“No fui a trabajar hasta que no logré controlar mejor mi incontinencia”



¿QUÉ TE PODEMOS RECOMENDAR PARA MEJORAR TU SALUD UROLÓGICA?

- **Anímate a consultar cualquier problema** o situación que te preocupe con tu equipo médico y con el resto de especialistas implicados en el seguimiento de tu enfermedad. Ellos te podrán entender, diagnosticar, atender y tratar con las mejores soluciones.
- Aunque es normal que en algunos momentos sientas pudor o vergüenza al hablar de tus necesidades más íntimas, **es importante que confíes en los profesionales** que te atienden y les consultes todas tus dudas.
- **Sigue las recomendaciones** que te ofrezcan para mejorar tu bienestar.
- **Comparte tus necesidades** y expectativas sobre tu calidad de vida.

- **Participa en la toma de decisiones** cuando se te ofrezcan soluciones para el tratamiento de la incontinencia urinaria. La satisfacción que obtendrás será mucho más elevada si participas en estas decisiones.
- La comunicación y el apoyo emocional resultan fundamentales para afrontar las dificultades asociadas a las alteraciones urinarias. **Expresa a tu entorno más cercano cómo te sientes** y en qué te pueden ayudar.
- Si es necesario, **busca alternativas** que te den seguridad a la hora de realizar tus ocupaciones diarias o tu trabajo; por ejemplo, tener localizados baños a los que puedas acceder en caso de urgencia.
- **No te aisles:** reúnete con tus familiares y amistades, realiza tus actividades de ocio en la medida de lo posible.





04

LA SEXUALIDAD
TRAS EL
DIAGNÓSTICO
DE CÁNCER DE
PRÓSTATA

La mayor parte de los tratamientos del cáncer de próstata pueden producir efectos secundarios o secuelas en la salud sexual. Se trata de una de las complicaciones que más preocupa a los pacientes. A veces, por pudor o falta de información, muchas personas viven estos cambios en silencio. En este capítulo queremos ayudarte a comprender por qué se producen y qué opciones existen para mejorar tu vida sexual después del tratamiento.

1. Alteraciones sexuales: ¿por qué se producen y cómo afectan?

Las alteraciones en la sexualidad se producen por causas diferentes **según los tratamientos oncológicos aplicados**. Los más comunes son los siguientes:

Cirugía (prostatectomía radical). Alrededor de la próstata y pegada a la misma se encuentran unas estructuras llamadas bandeletas neurovasculares, que transmiten al pene la señal nerviosa de la erección. Al extraer la próstata durante la cirugía, estos nervios pueden resultar dañados. En ocasiones, si el tumor se ha extendido cerca de ellas o cuando se encuentran muy adheridas a la próstata, hay que quitarlas para asegurar un buen resultado oncológico. Cuando se lesionan o se extirpan estas estructuras, se producen alteraciones en la transmisión nerviosa de la erección. Por otro lado, la cicatrización puede producir fibrosis⁶ en el interior del pene (cicatrización microscópica).

La prostatectomía radical robótica ofrece una recuperación más rápida y ligeramente superior de la función sexual en el primer año,

pero a largo plazo las diferencias con la cirugía abierta y la laparoscópica son pequeñas y dependen fundamentalmente de la preservación nerviosa, la situación previa y la experiencia del equipo de cirugía.

- **Radioterapia.** Cuando se aplica radioterapia sobre la próstata, esta también alcanza las bandeletas neurovasculares, ya que se encuentran muy próximas a ella. Los mecanismos que producen la disfunción eréctil post-radioterapia son menos conocidos, pero posiblemente sean similares a los que ocurren tras la prostatectomía radical. La disfunción eréctil post-radioterapia es de inicio más tardío que la post-quirúrgica, que es prácticamente inmediata tras la intervención.
- **Hormonoterapia.** Este tratamiento reduce la producción de testosterona, una hormona fundamental para el deseo sexual y la erección. Su disminución provoca bajada de la libido, menor rigidez del pene durante la erección y cambios en la respuesta sexual.

Consulta el **CAPÍTULO 2** para más información sobre la prostatectomía radical, la radioterapia y la hormonoterapia. Si has recibido alguno de los tratamientos anteriores, podrías percibir los **siguientes efectos secundarios** en tu salud sexual:

- **Disminución de la rigidez de la erección o disfunción eréctil.** Es la secuela más conocida y aparece en la mayor parte de los hombres que han sido tratados. Un 71 % de los pacientes refiere disfunción eréctil a los cinco años de la prostatectomía radical y un 87 % a los doce años. El grado de disfunción depende de

varios factores: es menor si se tenía una buena erección antes de la cirugía, en los menores de 60 años o si han podido preservarse las bandeletas neurovasculares. En el caso de la prostatectomía radical, la disfunción eréctil se produce inmediatamente tras la cirugía, y tras los dos primeros años, hay una recuperación. En la radioterapia, el deterioro es progresivo desde el inicio del tratamiento.

- **Alteraciones en la eyaculación.** El semen está compuesto por una mezcla de líquidos que se produce en la próstata y en las vesículas seminales. En la prostatectomía radical, además de la próstata, se extirpan también las vesículas seminales, por lo que tras la cirugía no se vuelve a eyacular. Esto genera lo que se conoce como “orgasmo seco”, pero no impide que puedas seguir experimentando placer.
- **Disminución de la libido o el deseo sexual.** El deseo sexual es un proceso complejo en el que están implicados mecanismos psicológicos, ambientales y hormonales (por la acción de la testosterona). Con el tratamiento de hormonoterapia se suprime la producción de testosterona, reduciéndose así el deseo sexual. También influyen muchos otros factores psicológicos, como la preocupación por la enfermedad, el ambiente o cómo sea la relación con la pareja.
- **Alteraciones en la forma del pene:**
 - » **Acortamiento del pene.** Tras la prostatectomía radical puede observarse un pequeño acortamiento del pene (habitualmente de 1 o 2 cm) debido a la retracción tras

la retirada de la próstata y al proceso de fibrosis⁶ que tiene lugar en los meses siguientes.

- » **Curvatura del pene.** En los años posteriores a una prostatectomía radical puede aparecer, de forma espontánea, un proceso de cicatrización anómala dentro del pene. El paciente nota una placa al tacto (que puede ser dolorosa al inicio) y, en pocos meses, esta cicatrización puede provocar que el pene se curve durante la erección. Este trastorno se conoce como enfermedad de Peyronie. Se trata de un proceso benigno y autolimitado, y no siempre dificulta la penetración o la actividad sexual. Aun así, es importante comunicarlo al médico para valorar si es necesario iniciar algún tratamiento o realizar un seguimiento específico.

- **Alteraciones en el orgasmo:**

- » **Alteración en la percepción del orgasmo.** Un 30-40 % de los pacientes intervenidos de prostatectomía radical refieren que tienen orgasmos menos placenteros y un 20-30 % no consiguen llegar al orgasmo después de la cirugía. Por otra parte, un 8 % de los pacientes refiere tener orgasmos más placenteros tras la cirugía.
- » **Dolor asociado al orgasmo.** En ocasiones se puede sentir un dolor leve, que suele desaparecer con el tiempo. Le ocurre a aproximadamente un 10 % de los pacientes intervenidos.

- **Incontinencia urinaria durante el orgasmo y durante la relación sexual.** Le sucede a aproximadamente la mitad de los pacientes. Se suele corregir cuando mejora la continencia de orina.
- **Infertilidad.** La imposibilidad de eyacular es una causa de infertilidad. Si todavía se desea tener hijos, es importante comunicárselo al equipo médico antes de iniciar los tratamientos, pues podrá ofrecer alternativas para preservar el semen (congelación).

2. ¿Cómo podemos abordar la disfunción eréctil?

A pesar de las alteraciones sexuales que hemos visto, habitualmente **es posible tener una vida sexual plena y satisfactoria**. Para ello es fundamental abordar la sexualidad desde una perspectiva médica y psicológica, idealmente desde el momento del diagnóstico, con el fin de acompañarte en todas las etapas del proceso.

Existen tratamientos eficaces y, en la mayoría de los casos, es posible recuperar por completo la capacidad de erección. La sensibilidad del pene no suele verse afectada y el placer durante el orgasmo también puede conservarse. La única secuela irreversible tras la prostatectomía radical es la ausencia de eyaculación, debido a la extirpación de las vesículas seminales. Esto no impide experimentar orgasmo, aunque se produce un “orgasmo seco”.

2.1. Tratamiento médico

Existen varias opciones de tratamiento para la disfunción eréctil. La elección depende de tus preferencias, de la respuesta a tratamientos previos y de tu situación clínica

a. Tratamiento farmacológico

Hay **dos tipos de medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil: orales y locales**. Los tratamientos orales consisten en la toma de una pastilla un tiempo antes de mantener la relación sexual. Los fármacos locales se administran directamente en el pene. Algunos se aplican en forma de pomada sobre el glande. En otras ocasiones se administran mediante un aplicador que se introduce en el orificio de la uretra (por donde se orina). Y, en determinados casos, se utilizan pequeñas inyecciones en el pene. Estos fármacos son muy seguros, requieren supervisión médica y son fáciles de administrar.

Constituyen la primera opción de tratamiento tras la prostatectomía radical o la radioterapia y tienen una eficacia elevada. Habitualmente los prescribe el propio urólogo, requieren receta médica y se compran en farmacias. En algunos casos es preciso realizar unas pruebas iniciales para ajustar la dosis.

b. Tratamiento quirúrgico

Cuando los tratamientos farmacológicos no son efectivos o no se toleran, existen opciones quirúrgicas que permiten recuperar la rigidez necesaria para la penetración: las prótesis de pene. Estos

dispositivos se colocan en el interior del pene y son muy discretos, con altos niveles de satisfacción entre los pacientes que los utilizan. Existen dos tipos principales:

- » **Prótesis maleables.** Consisten en varillas flexibles que proporcionan rigidez al pene. Se pueden doblar en distintas direcciones para mayor comodidad.
- » **Prótesis hidráulicas.** Son las más frecuentes. Están formadas por dos cilindros hinchables que se colocan dentro del pene. El sistema incluye una pequeña bomba situada en el escroto, delante de los testículos. Al presionar la bomba, los cilindros se llenan de líquido, logrando la rigidez necesaria (erección). Una acción similar permite desinflar la prótesis, finalizando la erección.

c. Tratamiento mecánico

Las **bombas de vacío** son dispositivos sencillos que se colocan alrededor del pene y generan una erección mediante succión. Son seguros, tienen pocas complicaciones y pueden utilizarse como tratamiento principal o complementario.

d. Rehabilitación peneana

Algunos pacientes se benefician de programas de **rehabilitación del pene**, cuyo objetivo es acelerar la recuperación de la función eréctil. Estos programas pueden incluir el uso regular y programado de medicación oral

(sildenafil o similar) o inyectada y/o el uso de bomba de vacío de forma continua durante varios meses.

Esta estrategia ayuda a preservar el tejido del pene durante los primeros meses tras la cirugía, favoreciendo una mejor recuperación a largo plazo.

2.2. Tratamiento psicológico

Es necesario ofrecer un soporte psicológico integral que incluya de forma específica la dimensión sexual, con la finalidad de reducir el malestar emocional de los pacientes y proporcionarles herramientas válidas que les permitan recuperar su vida sexual cuando sea posible e integrar los cambios y normalizarlos en su vida afectiva y su sexualidad.

Es cierto que a muchos hombres les cuesta pedir ayuda y, cuando lo hacen, en un alto porcentaje de casos el desgaste emocional y relacional ya es muy acusado. Esto implica que la intervención psicológica pueda ser más compleja, pues habrá que priorizar la atención a alguna otra alteración emocional (por ejemplo, la depresión) fruto de esta circunstancia.

En definitiva, la dificultad para pedir ayuda o compartir con otras personas un aspecto tan personal e íntimo hace que muchos lo vivan en soledad y que la magnitud de la disfunción eréctil, inicialmente orgánica, aumente por factores de tipo psicológico. No siempre somos conscientes de cómo influye el estado emocional en la respuesta sexual. El miedo a “fallar”, la presión por cumplir, la autoexigencia o incluso compararse con la vida

sexual previa pueden bloquear por completo la espontaneidad. A veces, basta con identificar este patrón para empezar a aliviarlo.

Por tanto, si tu equipo médico no te propone hablar sobre tu sexualidad, plantéaselo tú y solicita que te deriven a un profesional especializado si lo consideras necesario. La sexualidad es una dimensión humana y, por tanto, hemos de hablar de ella con naturalidad, de lo contrario podemos estar renunciando a un aspecto muy importante de nuestra vida. Por otro lado, no olvidemos que la comunicación en la relación médico-paciente no es un hecho puntual, sino un proceso bidireccional que juega un papel fundamental.

.....
“Aunque lo llevo bien y no me limita, puntualmente sí que tienes alguna pérdida de autoestima ligada a aspectos relacionados con la masculinidad”

La ayuda psicológica en el ámbito de la sexualidad parte de la base de que la salud sexual es una condición necesaria para el bienestar del individuo. La intervención se diseñará a tu medida. Es imprescindible conocer tu circunstancia clínica (con relación al cáncer, a la disfunción eréctil, a la incontinencia urinaria...), pero también es básico obtener información psicosocial sobre ti (cultura, espiritualidad, educación, identidad de género, orientación sexual, familia, roles, experiencia subjetiva del amor...) y explorar tu historia sexual antes y después del cáncer (relaciones de pareja, duración y calidad de las prácticas sexuales...), dado que la combinación de todas estas variables es lo que conforma tu manera de entender y vivir la sexualidad.

El soporte psicológico puede ser de carácter individual, pero también puedes plantearte la posibilidad de participar en una terapia grupal que te ayude a expresar tus emociones. Además, podrás compartir tu experiencia y tus problemas con otros hombres que viven una situación similar a la tuya.

El objetivo es que vayas identificando cuál es tu actitud (limitante o posibilitadora) hacia la sexualidad, si te influyen algunos mitos relativos a la virilidad (“si no puedo penetrar ya no soy un hombre”), qué mecanismos utilizas en el momento de tener una relación (ansiedad anticipatoria, autoobservación, obligación de resultados, entre otros) y, poco a poco, ir aprendiendo nuevas prácticas y técnicas concretas.

Los genitales no son la única opción para mantener relaciones sexuales. **La sexualidad también son los besos, la mirada, las caricias, los olores, los abrazos, los silencios,** etc. y se vive y se expresa a través de los pensamientos, los deseos, las fantasías, las conductas. Es una actividad que dinamiza la comunicación y las relaciones humanas.

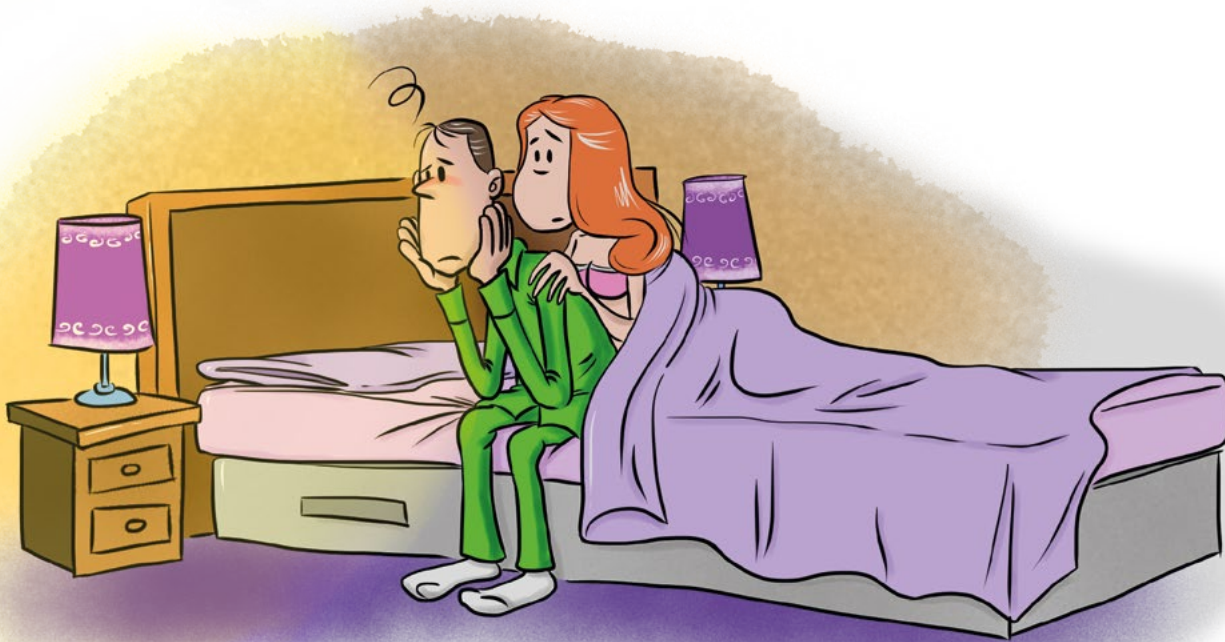
Así pues, es imprescindible que trabajes para adaptarte a tu nueva circunstancia, aprender a conocer tus limitaciones físicas, pero también tus potencialidades, y a fortalecer tus estímulos, buscando nuevas fórmulas y fomentando una actitud abierta y versátil con relación a la sexualidad. Asimismo, es importante que te des permiso para cambiar, para reinventarte sexualmente. Es un momento para aprender –si es necesario, con la ayuda de un profesional– una sexualidad diferente, flexible, adaptada a tus particularidades, que te permita volver a disfrutar y tener placer sexual. Todo ello implica

habilidad, creatividad, proactividad, constancia y capacidad de cambio. No dejes que te presione la obligación de penetrar. La erección no define tu virilidad. Y la sexualidad, insistimos, no es únicamente practicar el coito.

Redescubrir tu sexualidad no significa renunciar a lo que eras, sino abrirte a nuevas formas de intimidad, complicidad y satisfacción. Muchas personas encuentran complicidad cuando dejan de centrarse en el rendimiento y exploran el placer de manera más amplia.

Piensa que el placer del contacto físico, por ejemplo, no se pierde antes ni después de la enfermedad, pero si cuando inicias un encuentro sexoafectivo te centras únicamente en tus carencias, tu cerebro ignorará las señales placenteras que le llegan de otras partes del cuerpo. Y estas pueden ser muchas e intensas.

.....
“He encajado la historia de otra manera. Entiendo que hay otra forma de hacer sexo de la que hemos estado haciendo toda la vida”
.....



¿Cómo abordar estas dificultades con nuestra pareja?

Posiblemente prefieras intentar resolver de forma íntima con tu pareja las dificultades expuestas y no compartirlas con otras personas. **Es importante que tengas en cuenta que probablemente tu pareja también viva esta situación con estrés y no sepa cómo ayudarte,** por ello, es muy recomendable que le hagas partícipe de tus vivencias. Compartiendo tus emociones y tus preocupaciones le darás la oportunidad de ayudar de forma efectiva a todos los niveles. Centrándonos en lo que concierne a la sexualidad, su complicidad es importante para que podáis experimentar conjuntamente nuevas formas de relacionaros y neutralizar, por ejemplo, el sentimiento de culpa que surge con frecuencia al creer que “no podemos hacer feliz a la otra persona”. Verás que existen muchas maneras –sexo oral, caricias, uso de juguetes eróticos, etc....– de lograr satisfacción sexual. Así pues, es clave que la comunicación entre vosotros sea fluida, transparente y sincera. En este sentido, debéis tener en cuenta que en el campo de la sexualidad lo “normal” es aquello que vosotros mismos acordáis, aquellas prácticas que a ambos os resultan placenteras. No hay estándares: ni en forma, ni en frecuencia, ni en duración. No os pongáis los límites vosotros mismos.

Hablar de sexualidad en pareja no siempre es sencillo, pero casi siempre es liberador. Poner palabras a lo que teméis, deseáis o echáis de menos os ayudará a manteneros unidos y, sobre todo, a evitar interpretaciones erróneas sobre lo que le ocurre al otro.

Habrà ocasiones, no obstante, en que no sea posible resolver

las dificultades sin ayuda externa y que no sepáis cómo afrontar ciertas situaciones que os resultan desconocidas. Si es vuestro caso, te sugerimos que, **aunque no te resulte fácil dar el paso, solicites la ayuda de profesionales de la psicooncología especializados en sexología oncológica y, en la medida que sea posible, vivas este proceso junto a tu pareja,** para que también participe y ajustéis expectativas. En muchas ocasiones la disfunción eréctil no implica un gran cambio ni en la calidad ni en la cantidad de las relaciones sexuales.

Lo que se persigue con estas recomendaciones es que consigas un crecimiento erótico que potencie la intimidad y la seducción, que optimices tu respuesta sexual más allá de los genitales (masajes sensuales, caricias placenteras...), que desarrolles tu consciencia sensorial a través de los cinco sentidos (gusto, tacto, vista, oído y olfato), que disfrutes con tu pareja en un entorno de confianza y tranquilidad, y que te comuniques con ella expresando libremente cuáles son vuestras preocupaciones, vuestras preferencias y vuestros temores.

Ahora bien, esto no quiere decir que renuncies a buscar soluciones –los fármacos y las prótesis–, si ese es tu deseo, para lograr de nuevo la erección. Pero es importante que tanto tú como tu pareja integréis esta nueva manera de entender la sexualidad, dado que ello ampliará vuestras posibilidades de satisfacción sexual. Se trata de ser capaz de identificar, reconocer y estimular conductas y cogniciones que se ajusten a tu situación para fomentar la percepción de control, aliviar tu malestar psicológico y mejorar tu calidad de vida sexual y la de tu pareja.

3. Rehabilitación: fisioterapia del suelo pélvico

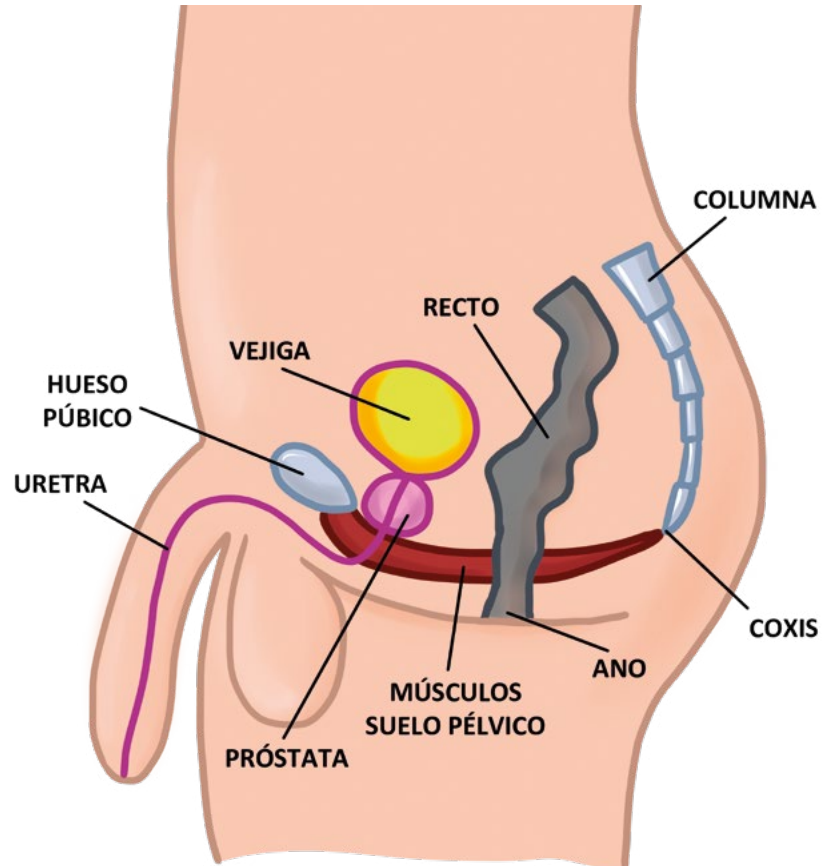
La musculatura del suelo pélvico⁶ (MSP), en especial el esfínter⁶ externo uretral, el esfínter anal y los músculos puboperineales (conectan el pubis con el periné) son fundamentales en la función sexual. **Estos músculos cumplen una función importante en la continencia urinaria, fecal y de gases, la estabilización de los órganos pélvicos y la sexualidad.**

La fisioterapia uroginecológica o fisioterapia de suelo pélvico busca el control de estos músculos. Para ello, es imprescindible conocer la anatomía pélvica y saber identificar la zona para ser capaces de realizar una contracción eficiente y controlada.

Se ha demostrado que el entrenamiento de la fuerza, la potencia y la resistencia de estos músculos, mediante ejercicios guiados por un fisioterapeuta (ejercicios de Kegel, trabajo de control motor, integración abdomino-diafragmática y fortalecimiento de la musculatura del *core*), así como mediante *biofeedback*⁶ y electroterapia, mejora la función eréctil, la intensidad del orgasmo, la sensibilidad del pene y, con todo ello, la satisfacción sexual.

Los ejercicios de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico son más conocidos como **ejercicios de Kegel**. Consisten en realizar contracciones controladas por el paciente y guiadas por profesionales de la fisioterapia.

A continuación, te mostraremos algunos ejemplos para que puedas comprender mejor en qué consisten, pero te recomendamos que acudas a un especialista para aprender a realizarlos correctamente, el cual te indicará, de manera personalizada, cómo y cuáles realizar según tu caso.



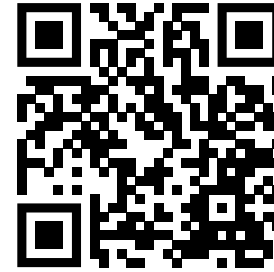
· Musculatura del suelo pélvico (MSP) ·

Antes de explicarte los ejemplos y para asegurarte de que contraes correctamente el suelo pélvico, te animamos a que realices un ejercicio de toma de conciencia. Pregúntate: ¿dónde está tu suelo pélvico?, ¿qué hace cuando toses o ríes? y ¿cuándo estás de pie? Esperamos que estas preguntas y la reflexión asociada te ayuden a entender, al menos parcialmente, cómo se contrae el suelo pélvico.

Una vez hayas respondido estas preguntas y comprendido, al menos parcialmente, cómo se contrae el suelo pélvico, podrás pasar a practicar los ejercicios con mayor eficacia.

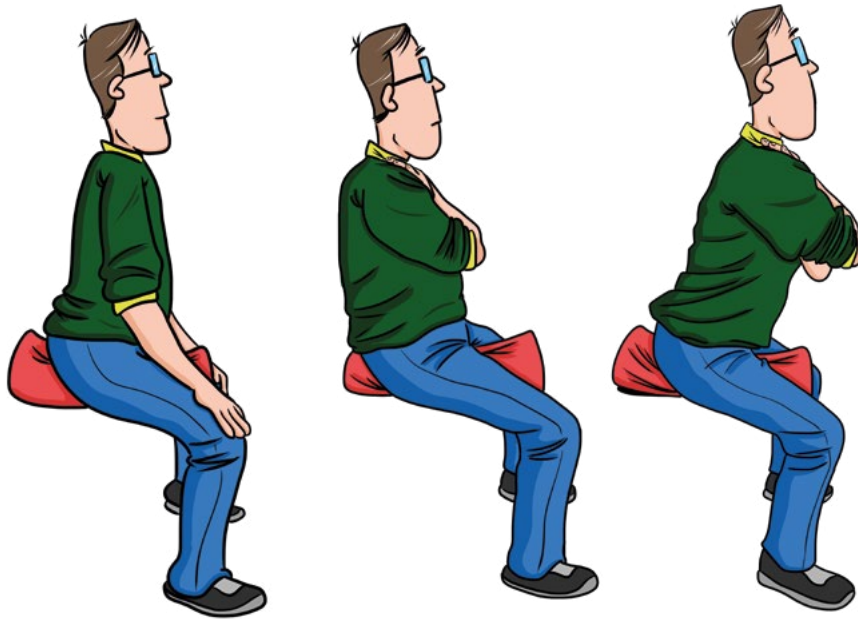
Antes de comenzar con el primer ejercicio, te proponemos que realices una contracción de la musculatura del suelo pélvico, como si quisieras cortar la micción (es importante que no lo hagas mientras miccionas). Para comprobar que haces correctamente el ejercicio, puedes ayudarte de un espejo: deberías visualizar la contracción o “cierre” del ano. Si no lo consigues, te animamos a que lo sigas intentando, pero esta vez imaginando que intentas retener un gas.

Cuando lo consigas correctamente podrás comenzar con los ejercicios que te proponemos a continuación:



Te recomendamos [ver los vídeos de rehabilitación y ejercicio físico específicos para personas con cáncer de próstata](#), realizados por Fundación MÁS QUE IDEAS.

A través de tres vídeos divulgativos, aprenderás a realizar ejercicios prácticos para mejorar tu condición física y hacer frente a las alteraciones sexuales y urinarias, así como al linfedema.



· Ilustración ejercicio 1 ·



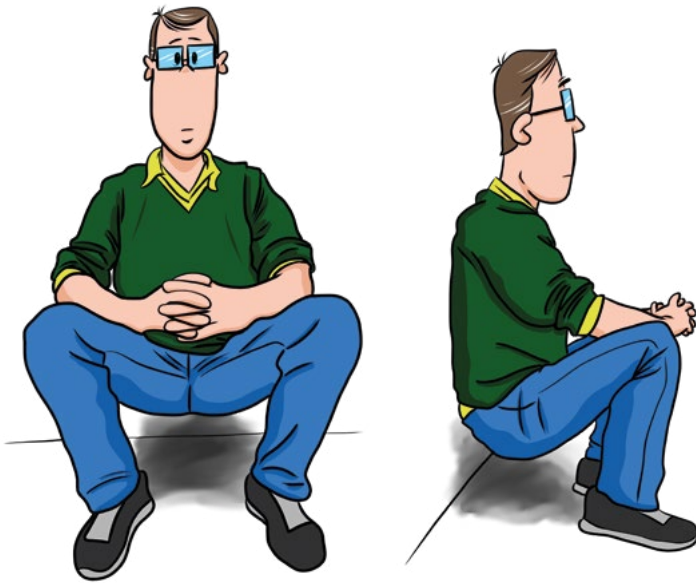
· Ilustración ejercicio 2 ·

EJERCICIO 1

Sentado en una almohada o toalla enrollada, sobre una superficie dura, desplázate hacia delante dejando que tu peso se apoye sobre la parte anterior del periné (o suelo pélvico, que es la región anatómica correspondiente al suelo de la pelvis). Según notes tensión en la zona anterior, contrae el suelo pélvico. Lo importante es que sientas cómo esa tensión aumenta. Después de realizar esta contracción tres veces, desplázate hacia atrás dejando caer el peso en la toalla y sintiendo esa presión. Vuelve a contraer en tres ocasiones.

EJERCICIO 2

Sentado en una superficie dura y con las piernas cruzadas, intenta realizar la contracción de la misma manera que en el ejercicio anterior. Yendo hacia delante, realiza tres contracciones. Y, por último, repítelas, esta vez yendo hacia atrás.



· Ilustración ejercicio 3 ·

EJERCICIO 3:

En posición de cuclillas, intenta contraer el suelo pélvico, en esta ocasión como si quisieras “aguantar una ventosidad”. Este es un ejercicio que precisa bastante control de la musculatura, por lo que en un inicio puede ser difícil conseguir una contracción eficaz.

*Cuando realices la contracción del suelo pélvico, cuenta los segundos que eres capaz de contraer sin perder fuerza. El objetivo es alcanzar los diez segundos de contracción. Poco a poco, y gracias al entrenamiento, irás aumentando esa resistencia.

**Ante cualquier duda, dificultad o dolor en la realización de los ejercicios ponte en contacto con un fisioterapeuta especializado.

El número de repeticiones de cada ejercicio será de tres a cinco contracciones en cada ocasión. Es recomendable realizarlo varias veces al día, al menos en tres ocasiones. No hay un límite establecido, pero ten en cuenta que para no fatigar el músculo debes dejar pasar al menos dos horas entre serie y serie.

El tratamiento del suelo pélvico no consiste únicamente en la práctica de ejercicios que mejoren la musculatura; es importante entender que la pelvis forma parte de un sistema mucho más amplio que se encarga de repartir las tensiones musculares y las presiones dentro del abdomen, tanto durante la respiración como en la carga de pesos del día a día.

Por lo tanto, es igual de importante mejorar tanto la calidad del tejido (con técnicas como los ejercicios, el *biofeedback*⁶, el masaje, la punción seca, la diatermia) como la mecánica. De ahí que en la rehabilitación nos centremos en dos aspectos: por un lado, normalizar la respiración reeducando el patrón respiratorio y, por otro, mejorar la distribución de presiones dentro del abdomen, mediante el entrenamiento de la musculatura abdominal y del suelo pélvico.

La radiofrecuencia o diatermia es otro tipo de aplicación de electroterapia (consulta el **CAPÍTULO 3**), en esta ocasión de alta frecuencia. Con ella se logra favorecer la nutrición de los tejidos, disminuir las adherencias⁶ de las cicatrices internas y externas y mejorar la vascularización⁶ y el trofismo de la piel (es decir, el estado de los tejidos), aumentando, por tanto, la calidad y la respuesta de los músculos pélvicos.

La terapia manual (masaje o trabajo específico de la musculatura) es un tratamiento clave en la disminución del dolor y mejora del trofismo, basado en el uso de las manos del fisioterapeuta para tratar las diferentes estructuras del abdomen y de la pelvis.

4. Aspectos emocionales de las alteraciones sexuales

Si entendemos la disfunción eréctil como la “incapacidad persistente o recurrente para conseguir o mantener la suficiente rigidez en el pene de forma que permita una relación sexual satisfactoria”, se podría concluir que las únicas relaciones sexuales válidas son aquellas que tienen como finalidad la ejecución correcta de la penetración. Pero una erección completa que permita la penetración no implica obligatoriamente que la relación sexual sea satisfactoria. Y, de igual forma, la falta de erección tampoco es sinónimo de relación insatisfactoria.

Si además añadimos que nuestra educación y cultura acostumbra a relacionar la virilidad con la potencia sexual del hombre en sus encuentros sexuales o sexoafectivos, posiblemente tengamos que abordar la disfunción eréctil contemplando también aspectos de tipo psicológico, ya que la persona no solo tendrá comprometida su función sexual, sino que también estará en juego su “masculinidad”.

Por todo ello, posiblemente asocies la pérdida de la función eréctil con la pérdida de otros atributos o competencias, y tal vez sientas rabia, tristeza, sensación de vulnerabilidad, de pérdida de la autoconfianza..., lo cual afectará no solo a tu vida sexual, sino también a tus relaciones afectivas con otras personas y a tu vida social. Incluso puedes experimentar cambios a nivel cognitivo, emocional y conductual.

“Nos han enseñado que el sexo solo funciona si hay penetración.
Para mí fue muy duro y me costó dos años aceptarlo”



Hemos de considerar que las personas, a medida que maduramos, experimentamos diversos tipos de cambios. Por lo general, el proceso de adaptación a ellos es sencillo, porque se producen poco a poco, a nuestro ritmo y, a veces, ni tan siquiera los percibimos. Ahora bien, tras un diagnóstico de cáncer de próstata, cuyo tratamiento de elección es la prostatectomía, el cambio es radical. El escenario, sin duda, no es fácil, porque además todo sucede de forma muy rápida: entras al quirófano con apenas síntomas y sales con secuelas importantes – pérdida del control de la sexualidad y, en ocasiones, de la corriente urinaria– que, aunque inicialmente se relativizan –“lo importante es curarme del cáncer”– al poco tiempo acostumbran a adquirir un importante protagonismo.

Es normal que un cambio tan brusco te afecte a nivel emocional y que necesites un tiempo para entender qué ha pasado y cómo vas a adaptarte a ello, teniendo en cuenta, además, que has de afrontar el diagnóstico de un cáncer con todos los miedos y la incertidumbre que una noticia de este tipo implica.

Si nos centramos en el ámbito de la sexualidad, la disfunción eréctil suele causar, junto con

la incontinencia urinaria y la pérdida del deseo, un importante impacto psicológico. Estas preocupaciones se suman a las habituales del diagnóstico del cáncer. Y cuando hablamos de personas, estamos utilizando a propósito el plural, pues en ocasiones se viven en pareja, tal como hemos comentado anteriormente.

Ante una circunstancia de estas características es natural que sientas malestar emocional (ansiedad, rabia, alteración del concepto de ti mismo como hombre, pensamientos autodestructivos, depresión...) que, con frecuencia, se retroalimenta con los mensajes reduccionistas –por la vinculación de la sexualidad al coito como única fuente de satisfacción– que nuestra sociedad genera. Es decir, como nuestra cultura considera, erróneamente, que una relación sexual debe culminar siempre con la penetración, sentirás una gran frustración al no poder ejecutarla y eso te hará sentir peor.

En este sentido, **el diálogo interno que establezcas contigo mismo es muy importante**, dado que si lo basas únicamente en la imposibilidad de copular –por la falta de función eréctil– tu pensamiento te situará en el ámbito del fracaso y, posiblemente, tenderás a evitarlo, es decir, no te ayudará en absoluto al acercamiento sexual con tu pareja habitual o en una nueva relación, porque no querrás sentirte decepcionado o tener miedo de decepcionar.

Las emociones no surgen solas, siempre van ligadas a un pensamiento –el que tú escoges en cada momento– y este es clave para el desarrollo de cada situación que vives. Si cuando deseas mantener una relación sexual te distraes y centras tu atención en



el “no funcionará, no seré capaz”, es muy probable que lo único que consigas sea que tu ansiedad aumente y, por consiguiente, también lo haga la falta de percepción de control. Ello se traducirá en alguna emoción que te impedirá disfrutar del momento, incluso habrá veces que evites mantener relaciones sexuales.

A continuación, lo ilustramos con un ejemplo que te puede ayudar a entender mejor lo que comentamos:

Si consigues centrarte en las sensaciones eróticas que estás viviendo, olvidando si puedes penetrar o no, entonces quizá, al dejarte ir y no perder espontaneidad, consigas que aumente el erotismo y se produzca un acercamiento sexual placentero.

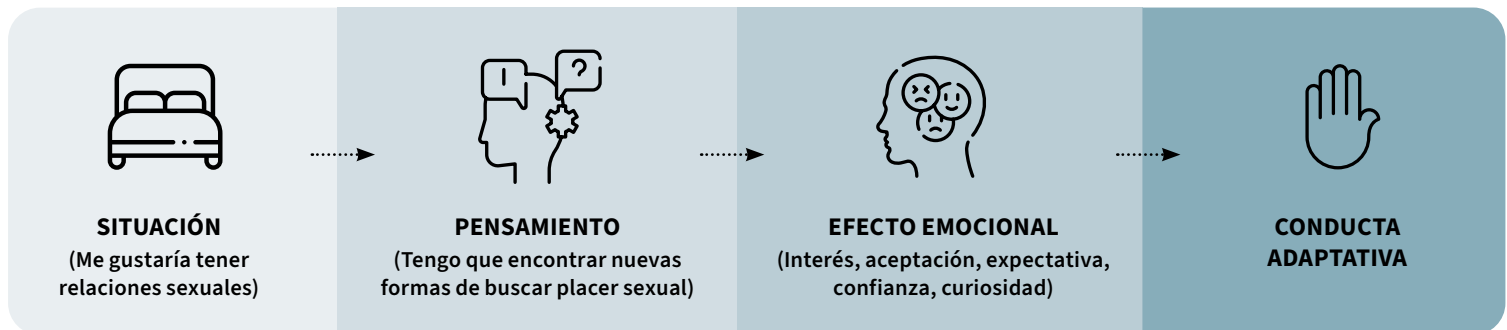
Lo que no podemos es obviar la realidad, debemos adaptarnos a ella. No es fácil, pero sí imprescindible porque, de no hacerlo, estaremos renunciando a nuestra sexualidad en toda su dimensión. Hay sucesos que no se pueden cambiar, porque no dependen de nosotros, no están en nuestras manos, pero sí podemos decidir

cómo queremos vivirlos, cómo deseamos aproximarnos a ellos. La clave es entender y aceptar que en la vida pasan cosas que escapan a nuestro control –es un camino con alegrías, pero también con vivencias adversas–, de este modo nuestros pensamientos no serán impostados, sino reales.

Fíjate en cómo puede variar una misma situación en función de la actitud que adoptes:

El miedo al fracaso genera ansiedad anticipatoria y expectativas negativas que, junto a los pensamientos limitantes (“mi pareja me dejará”, “ninguna otra persona se interesará por mí”, “ya no soy un hombre”), son factores desencadenantes que impiden disfrutar de la sexualidad. No olvides que existen muchos mitos y falsas creencias relativas a la masculinidad, a la sexualidad e incluso a la propia enfermedad de los que es conveniente que te vayas desprendiendo.

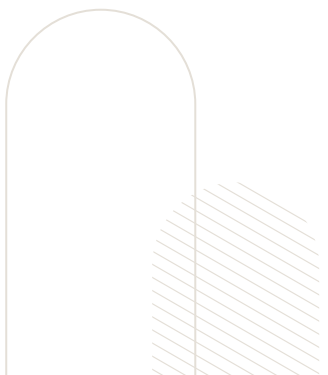
En otro orden, también es importante destacar que **quizá tengas la sensación de no haber recibido información suficiente** –o



suficientemente clara– o de que no se te haya dado la posibilidad de participar en las decisiones relativas al tratamiento, lo cual puede agravar tu estado de ánimo negativo. Posiblemente consideres, una vez superada la enfermedad o si tu escenario clínico es de buen pronóstico, que la cuota que has tenido que pagar (pérdida de la función eréctil) es muy alta y quizá te preguntes si el equipo médico ha actuado de la manera más adecuada, si no habría sido posible algún otro tratamiento. Esta pregunta, para la que difícilmente encontrarás respuesta y que en cualquier caso no cambiará tu situación actual, puede generarte otro pensamiento limitante que incremente tu malestar; **gastar energía dándole vueltas a lo que podrías haber hecho y no hiciste no te ayudará a encontrar nuevas vías para obtener una sexualidad placentera.**

En este sentido es importante que, si aún no has empezado el tratamiento, hables con tu médico y le comuniqués todas tus preocupaciones e inquietudes. Aún se da con frecuencia la confusión terminológica entre “impotencia” (entendida como imposibilidad para realizar el coito) e “infertilidad” (incapacidad para fecundar) y esto ocasiona sorpresas tras la cirugía, sobre todo en hombres que ya han sido padres: cuando se les informa de la posibilidad de quedar “impotentes” interpretan que no podrán tener hijos, en vez de entender que quizá pierdan la capacidad de experimentar erecciones y, por extensión, practicar el coito. Por otro lado, el término “impotente” debería evitarse en estas circunstancias, dado que, además de poseer connotaciones peyorativas y prestarse a confusión, no se ajusta a la realidad en estos casos: tú no eres impotente, tienes una disfunción sexual determinada, lo que no significa que hayas perdido otras potencialidades, incluso a nivel sexual.

Por tanto, cuando vayas al médico, solicita que te expliquen cuáles son las opciones de tratamiento y los posibles efectos secundarios y/o secuelas, para que puedas sopesar cuidadosamente –junto con el facultativo y, si es el caso, con tu pareja– las ventajas e inconvenientes de cada una y decidir en consecuencia. **No dudes en preguntar lo que no te ha quedado claro. A veces los equipos sanitarios utilizan terminología muy técnica que no estás obligado a conocer.** Un buen ejercicio práctico es que, cuando el médico haya acabado de hablar, le repitas lo que tú has entendido, para asegurarte de que los dos estáis hablando de lo mismo.





05

HÁBITOS
SALUDABLES

No existe la receta mágica para que la calidad de vida mejore después de un diagnóstico de cáncer de próstata, pero sí podemos integrar en nuestro día a día ciertos hábitos que nos ayudarán a vivir mejor y más saludablemente en esta etapa. Por eso, en el capítulo que vas a leer te ofrecemos recomendaciones que podrás poner en práctica para mejorar tu estado nutricional, incorporar el ejercicio físico a tu vida, desarrollar actividades lúdicas y sociales y disfrutar de un buen descanso.

1. Recomendaciones prácticas para la alimentación

1.1. Efectos secundarios que afectan al estado nutricional

La enfermedad oncológica tiene una influencia importante sobre el estado nutricional. En el caso especial del cáncer de próstata y su tratamiento, a veces se producen ciertas complicaciones nutricionales que es preciso detectar de manera temprana y manejar adecuadamente, ya que pueden influir en el pronóstico de la enfermedad y en la calidad de vida del paciente.

¿Qué aspectos pueden afectar el estado nutricional?

- **Influencia de la enfermedad oncológica**

La persona con un cáncer de cualquier tipo presenta un mayor riesgo de desnutrición. Se ha observado que entre el 15 y el 40 % experimentan algún grado de desnutrición en el momento del diagnóstico.

Esto puede dar lugar a complicaciones como la tolerancia reducida al tratamiento (quirúrgico, hormonal, quimioterápico o radioterápico). Por ello, resulta esencial intentar prevenirlo y, si no ha sido posible, detectarlo a tiempo y tratarlo adecuadamente. Los síntomas de alerta pueden detectarlos el paciente o su entorno: pérdida de peso injustificada, falta de apetito y/o disminución de la ingesta de alimentos. La identificación de pacientes en riesgo y el inicio de un soporte nutricional óptimo pueden reducir la tasa de complicaciones.

- **Influencia del tratamiento radioterápico**

La radioterapia también puede causar complicaciones gastrointestinales. Las más comunes son la **proctitis** (inflamación del recto) y la **enteritis** (inflamación del intestino y deterioro de la mucosa que lo recubre). Los principales síntomas son la diarrea, el tenesmo (sensación de irritación anal o necesidad de defecar), el dolor y/o urgencia rectal y la incontinencia. Pueden ocurrir desde el inicio del tratamiento y suelen ir remitiendo, pero a veces repercuten en el estado nutricional del paciente, que reduce la ingesta de alimentos para intentar evitarlos o aliviarlos.

Para calmar estos síntomas, el equipo médico o de atención primaria, o de oncología médica o radioterápica, puede prescribir antidiarreicos orales o bien tratamientos tópicos o cremas, que se pueden adquirir en las farmacias. Además, **la adopción de unas determinadas pautas dietéticas puede ayudar a controlarlos y a prevenir la pérdida de peso que conllevan.**



Figura 1: Relación entre la hormonoterapia y la alteración de la composición corporal y el aumento del riesgo cardiovascular

• Influencia de la hormonoterapia

Este tratamiento bloquea la producción de testosterona, una hormona que desempeña una función básica en el metabolismo corporal, pues influye tanto en la composición corporal como en el mantenimiento de la masa ósea.

Al inhibir la testosterona durante el tratamiento, se produce un cambio en la composición corporal: **la masa magra desciende y la masa grasa aumenta.**

El descenso de la masa magra hace que la fuerza muscular disminuya, lo que se percibe como una mayor propensión al cansancio. Y el aumento de la masa grasa reduce la sensibilidad a la insulina.

Estas dos situaciones pueden provocar una ganancia de peso y elevar el riesgo de sufrir síndrome metabólico asociado a la diabetes mellitus⁶, hipertensión arterial y alteraciones en el metabolismo de las grasas. Todas estas situaciones se relacionan con un mayor riesgo cardiovascular (figura 1).

El descenso de la testosterona también hace que la masa ósea disminuya, pues provoca que la resorción (es decir, la destrucción de hueso) predomine sobre la formación. Por ello, **el riesgo de osteoporosis⁶ es mayor con este tratamiento, y en consecuencia, también el de fracturas.** La osteoporosis suele detectarse entre seis y nueve meses tras comenzar la hormonoterapia. Otros factores que pueden influir en su

aparición son un bajo consumo de calcio y vitamina D, el abuso de alcohol y el tabaquismo (figura 2).

Dada la frecuencia e importancia de estas complicaciones, es fundamental buscar opciones para prevenirlas. **La base de la prevención y el tratamiento son unos hábitos saludables**, que incluyan una alimentación sana y equilibrada, junto con la práctica regular de ejercicio físico, que combine actividades aeróbicas⁶ (caminar, ciclismo, natación) y anaeróbicas (trabajo de fuerza de distintos grupos musculares).

Sería recomendable que tanto el tratamiento nutricional como el ejercicio fueran prescritos y monitorizados por profesionales de la salud especializados, quienes lo adaptarán en función de las características del paciente, de la enfermedad y del tratamiento oncológico. El ejercicio físico de predominio de resistencia (anaeróbico) ha demostrado una disminución en la prevalencia⁶ de sarcopenia en personas tratadas con hormonoterapia, así como una mejoría en la sintomatología urinaria en quienes reciben radioterapia. En este capítulo también encontrarás información detallada sobre las recomendaciones para la práctica de ejercicio físico.

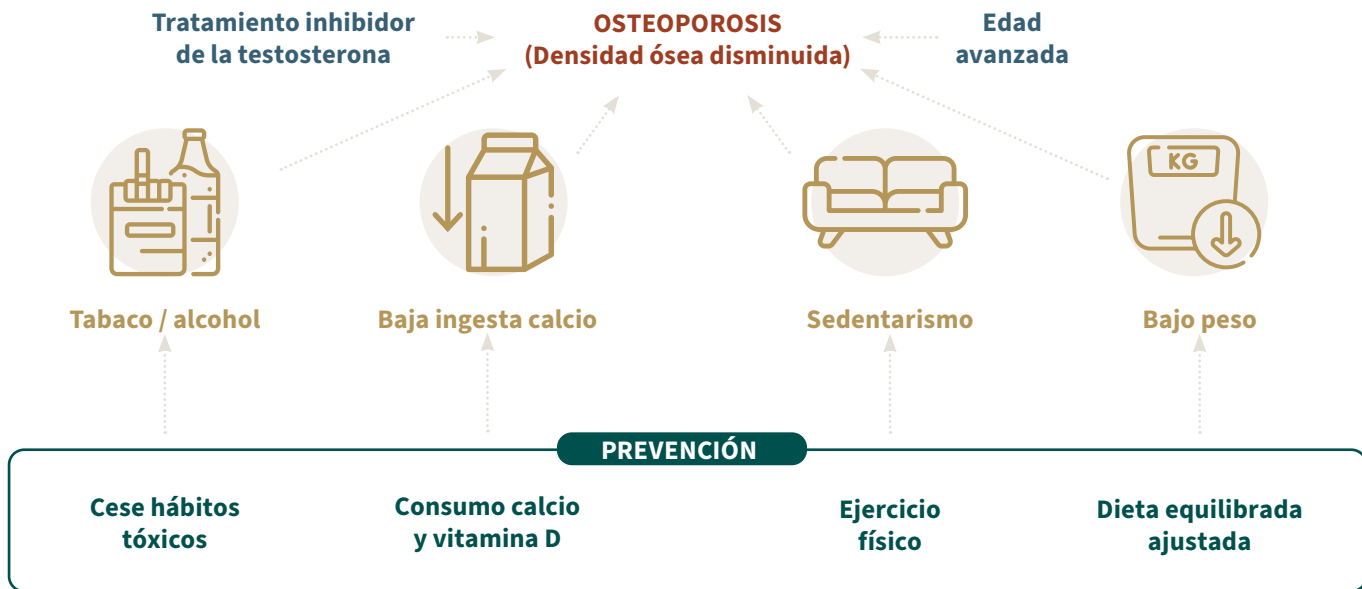


Figura 2: Génesis y prevención del deterioro de la masa ósea en el cáncer de próstata

1.2. Hábitos saludables relacionados con la alimentación

En general, las personas con cáncer deben seguir las mismas recomendaciones dietético-nutricionales que la población general. Estas se centran en una dieta suficiente, variada y equilibrada, que incluya al menos cinco raciones diarias de frutas y hortalizas, priorizando las de temporada y proximidad. Se recomienda el consumo diario de cereales integrales, así como aumentar la ingesta de legumbres hasta alcanzar un mínimo de cuatro raciones semanales. Además, es recomendable el uso de aceite de oliva virgen como grasa principal, la reducción de carnes procesadas y, en general, el aumento de alimentos frescos y poco procesados de origen vegetal.

Una forma gráfica de entender este patrón es el **plato de comida saludable** (figura 3). Incluye distintos grupos de alimentos: hortalizas, frutas, cereales integrales, legumbres, carnes blancas, huevos y/o pescados, grasas saludables y agua, y limita el consumo de aquellos otros elaborados a partir de cereales refinados, carnes rojas y procesadas. Han de evitarse los embutidos y los fiambres, así como las bebidas azucaradas.

ACEITES SALUDABLES

Usa aceites saludables como aceite de oliva, preferentemente virgen, para cocinar y aliñar. Consume frutos secos y semillas oleaginosas sin sal o azúcares añadidos. Limita las grasas para untar como margarina o mantequilla.

VERDURAS

Cuanto más hortalizas y mayor variedad, mejor. Intenta que estén presentes en cada comida principal del día.

FRUTAS

Come muchas frutas y de todos los colores a lo largo del día.

¡MANTÉNTE ACTIVO!

La práctica regular de ejercicio físico, adaptado a las capacidades de cada persona, contribuye a mantener la masa muscular y mejorar el estado de ánimo.





AGUA

Bebe agua como bebida principal. Consume hasta 2-3 raciones diarias de lácteos evitando los azúcares añadidos y los quesos con alto contenido en sal. Evita los zumos envasados, bebidas azucaradas, energéticas y alcohólicas.

CEREALES INTEGRALES Y TUBÉRCULOS

Consume cereales integrales variados (pan, pasta, arroz, etc.) y tubérculos como patata o boniato. Limita cereales refinados (arroz blanco, pan blanco, etc.), azucarados y bollería industrial.

FUENTES PROTÉICAS SALUDABLES

Asegura las fuentes saludables de proteínas. Escoge pescados variados, aves, legumbres, huevos y frutos secos; limita las carnes rojas y las procesadas (embutidos, fiambres, patés, hamburguesas, salchichas, etc.).

Figura 3: Plato de comida saludable propuesto por Harvard University

- **Dietoterapia en el paciente oncológico**

Tanto la propia enfermedad como los tratamientos pueden influir en la forma de alimentarse y provocar cambios en el estado nutricional de los pacientes con cáncer de próstata, aunque no siempre son iguales en todas las personas ni tienen la misma intensidad.

Por tanto, **el consejo dietético** debe realizarse siempre de forma precoz y adaptada a la evolución de la enfermedad, los efectos secundarios de las terapias oncológicas y las preferencias alimentarias de cada persona. Las diferentes medidas de soporte nutricional han de individualizarse en cada paciente, en función de sus necesidades en cada momento, prestando especial atención al mantenimiento del peso corporal, la masa muscular y el estado de hidratación.

Una situación nutricional óptima se asocia a una mejor tolerancia a los diferentes tratamientos, a una menor incidencia de complicaciones y a una mejor calidad de vida.

Las medidas y/o recomendaciones nutricionales que deben adoptarse para controlar los síntomas se describen en las siguientes tablas:

ALTERACIÓN	SÍNTOMAS	TRATAMIENTO
ANOREXIA	FALTA DE APETITO	<p>Ingiera varias comidas a lo largo del día, en pequeñas tomas o raciones y servidas de manera atractiva y apetitosa.</p>
		<p>Aprovecha los momentos del día en que tengas más apetito para consumir los alimentos con mayor contenido de energía y proteínas.</p>
		<p>Bebe agua fuera de las comidas principales, para evitar saciarte demasiado y poder así tomar más cantidad de alimentos.</p>
		<p>Cocina conforme a tus preferencias alimentarias, dando prioridad a frutas, hortalizas y fuentes proteicas saludables (legumbres, huevos, pescados, lácteos, carnes blancas, etc.).</p>
		<p>Utiliza alimentos de alta densidad energética: frutos secos, lácteos enteros, cereales integrales y sus derivados como el pan, la pasta, arroz, etc. Es conveniente, además, enriquecer nutricionalmente los platos y bebidas, por ejemplo, con huevo duro, frutos secos sin sal, queso, leche en polvo, etc.</p>
		<p>Come en un ambiente tranquilo, limpio y sin olores desagradables.</p>
		<p>Prepara los alimentos de manera atractiva y sabrosa, con variedad de texturas, olores, sabores y colores. En ocasiones, es preferible que no seas quien cocine para evitar olores que disminuyan tu apetito.</p>
		<p>Adecúa las texturas y consistencias de los alimentos a tus capacidades de alimentación.</p>
		<p>Evita alimentos con un alto aporte calórico y pobre calidad nutricional, tales como refrescos, caldos, productos precocinados o alimentos ultraprocesados.</p>
		<p>Adopta un horario de comidas flexible y adaptado a tus condiciones y necesidades personales.</p>
<p>Si la falta de apetito es intensa, persistente y no consigues comer cantidades suficientes de alimentos, es conveniente solicitar consulta con un dietista-nutricionista o un médico especialista que valore tu situación.</p>		

ALTERACIÓN	SÍNTOMAS	TRATAMIENTO
ANOREXIA	ALTERACIÓN DEL GUSTO Y EL OLFATO	Es normal experimentar cambios y alteraciones tanto en el gusto como en el olfato. Resulta fundamental adaptarse a esta circunstancia e intentar modificar, en la medida de lo posible, la alimentación.
		Utiliza especias o hierbas aromáticas para condimentar los platos y mejorar sus características organolépticas. La comida se debe percibir a través de la vista, el olfato, el gusto y el tacto.
		A la hora de comer, evita olores muy intensos y ambientes demasiado cargados.
		Si aparece sensación de sabor metálico al consumir alimentos proteicos, utiliza cubiertos reutilizables para evitar que el sabor permanezca en la boca.
		Prepara platos templados o fríos o recurre a técnicas de cocinado con las que se desprenda poco olor (microondas, vapor, papillote).
		Siempre que sea posible, solicita que otra persona prepare la comida para evitar olores que puedan afectar a tu apetito.
		Procura mantener una buena higiene bucal.
XEROSTOMÍA	DISMINUCIÓN DE LA SALIVA	Opta por preparaciones de consistencia blanda y jugosa, evita alimentos muy secos como galletas, patatas fritas de bolsa, frutos secos, etc.
		Consume alimentos húmedos, por ejemplo, salsas caseras, purés, yogures, gelatinas y cremas.
		Mantén un buen estado de hidratación: da pequeños sorbos de agua o infusiones suaves a lo largo del día (evita bebidas con cafeína, alcohol o muy ácidas).
		Realiza enjuagues frecuentes con agua o infusiones suaves de limón y, en caso necesario, consulta sobre el uso de preparados comerciales para la sequedad bucal.
		Prepara cremas, purés o alimentos con salsas caseras para facilitar su deglución.
		Limpia la lengua y la cavidad bucal con un cepillo de dientes antes de las comidas, para facilitar el contacto de los alimentos con las papilas gustativas y aumentar la producción de saliva.

ALTERACIÓN	SÍNTOMAS	TRATAMIENTO
<p style="text-align: center;">DISFAGIA</p>	<p style="text-align: center;">DOLOR (ODINOFAGIA) O DIFICULTAD PARA TRAGAR (DISFAGIA)</p>	<p>Toma los alimentos a temperatura ambiente y realiza comidas pequeñas y frecuentes.</p>
		<p>Prioriza los alimentos cocidos, suaves y de consistencia adaptada a la tolerancia: blandos, con salsas caseras, purés o líquidos.</p>
		<p>Evita alimentos duros y secos como galletas o frutos secos. También los alimentos o bebidas ácidas, muy calientes o picantes.</p>
		<p>Asegúrate de que los purés tengan una textura homogénea, sin grumos ni trozos, y que estén adaptados al grado de dificultad al tragar.</p>
		<p>Si te han diagnosticado disfagia, es fundamental adaptar las texturas según el tipo de disfagia siguiendo las recomendaciones de los profesionales sanitarios de referencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> » Disfagia a líquidos: usa aguas gelificadas o espesantes para conseguir la textura adecuada. » Disfagia a sólidos: usa dietas muy blandas o trituradas.
		<p>Evita combinar varias texturas en el mismo plato, así como alimentos pegajosos o que se deshacen en la boca.</p>
		<p>Adopta una postura erguida durante la comida y mantén la cabeza ligeramente inclinada hacia delante para facilitar la ingesta.</p>
		<p>Si es necesario, consulta con el equipo de nutrición para valorar el uso de productos de alimentación básica adaptada (ABA) o texturizantes específicos.</p>

ALTERACIÓN	SÍNTOMAS	TRATAMIENTO
ALTERACIONES DIGESTIVAS	PLENITUD GÁSTRICA	Si existe sensación de plenitud gástrica o de “estar lleno”, realiza comidas poco abundantes y frecuentes.
		Toma el plato principal del día en el momento de mayor apetito, independientemente de la hora que sea.
		Come despacio, masticando bien los alimentos, y evita hablar o beber grandes cantidades de líquidos durante las comidas.
		Evita alimentos de gran volumen y bajo valor energético, sustituyéndolos por platos más concentrados, de menor volumen, pero con mayor aporte calórico y proteico. Toma alimentos de fácil digestión con poca fibra y grasa (algunas hortalizas, carnes y pescados magros, cereales no integrales, etc.).
		Mantén una postura erguida a la hora de comer y al menos 30 minutos después de la comida para facilitar el vaciado gástrico.
		Si la comida consta de dos platos, consume primero el de mayor densidad nutricional y, a continuación, el siguiente.
	ESTREÑIMIENTO	Aumenta el consumo de líquidos (preferentemente agua) a lo largo del día.
		Toma alimentos con alto contenido en fibra: frutas con piel (previamente lavadas), cereales integrales, avena, pan o arroz integrales, hortalizas y legumbres, frutos secos y semillas oleaginosas (semillas de lino molidas, de girasol, etc.).
		Evita los alimentos más astringentes o de contenido bajo o nulo en fibra como la bollería o los derivados refinados de cereales.
		Introduce progresivamente la fibra para evitar molestias digestivas y asegura una buena hidratación.
		Mantén una rutina de comidas y horarios.
		Realiza ejercicio físico en la medida de lo posible.
		Los profesionales sanitarios de referencia podrán valorar si es necesario o no el uso de un suplemento de fibra.

ALTERACIÓN	SÍNTOMAS	TRATAMIENTO
ALTERACIONES DIGESTIVAS	NÁUSEAS Y VÓMITOS	Además de comer en un ambiente tranquilo, es recomendable mantener una postura erguida y evitar tumbarse o realizar actividad física tras la comida.
		Evita alimentos ácidos, grasos, muy dulces, fritos o de olores intensos.
		Evita cocinar si los olores te provocan náuseas; pide ayuda o prepara los alimentos en frío (ensaladas templadas, purés o cremas suaves).
		Si los vómitos son recurrentes, toma líquidos con frecuencia y a pequeños sorbos: agua, infusiones suaves, consomés o zumos no ácidos.
		A medida que vayas tolerando la comida, aumenta las cantidades e introduce alimentos ligeros: batidos, purés de patata o verduras, arroz blanco, pan tostado y, posteriormente, carnes de aves o pescados blancos en cocciones sencillas (hervido, vapor o al horno).
		Toma los alimentos a temperatura ambiente o ligeramente fríos, y en varias tomas de cantidades pequeñas.
	DIARREA	Evita los alimentos con fibra insoluble (legumbres enteras, cereales y pan integrales, frutas con piel) y los muy grasos.
		Sustituye los lácteos enteros por desnatados.
		Realiza una dieta astringente con predominio de arroz blanco, puré de patata casero y zanahoria, papillas de arroz y manzana, huevos cocidos o en tortilla, pescado hervido o pollo. También se podría incluir yogur natural con manzana o pera pelada y rallada, frutas asadas o cocidas y plátano maduro.
		Opta por preparaciones sencillas y bajas en grasa.
		Evita bebidas y alimentos irritantes (café, té, especias, picantes, chocolate), así como tomarlos muy calientes.
		Mantén una hidratación adecuada y repartida a lo largo del día con agua, infusiones suaves o bebidas de rehidratación oral si hay pérdida importante de líquidos.
		Si la diarrea persiste o se acompaña de dolor abdominal, consulta con el dietista-nutricionista o médico para ajustar el plan dietético y valorar suplementos específicos.

- **Dietoterapia para prevenir la osteoporosis**

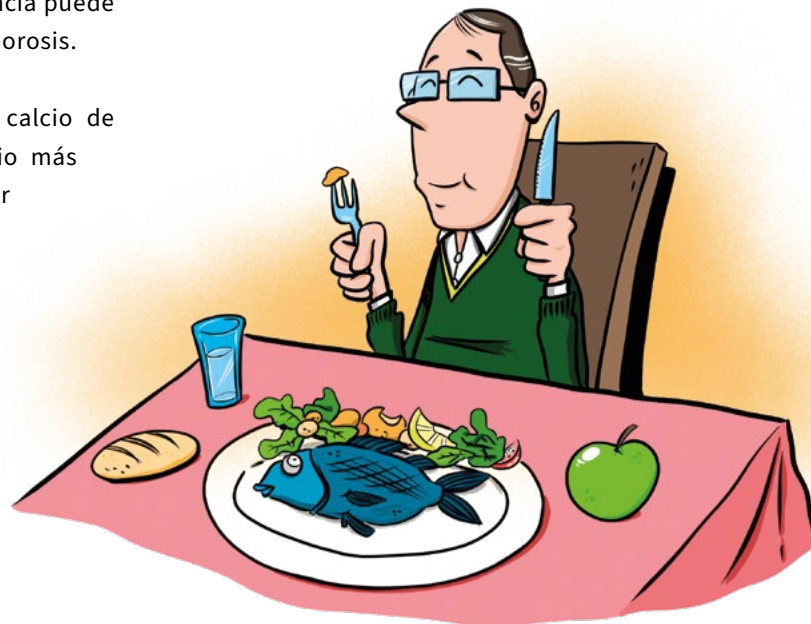
La mejor estrategia para el tratamiento de la osteoporosis⁶ es la prevención. Para ello son necesarios **una alimentación adecuada** que aporte los nutrientes imprescindibles para la salud ósea, realizar **ejercicio físico** adaptado a cada persona, y una exposición segura y regular a la luz solar.

Tanto el calcio como el fósforo y la vitamina D son esenciales para el desarrollo estructural y funcional del hueso, aunque otros nutrientes como las proteínas, el magnesio, la vitamina K y el zinc también desempeñan funciones indispensables en su formación y mantenimiento. La vitamina D interviene en la absorción y el metabolismo del calcio; su deficiencia puede ser un factor decisivo para el desarrollo de osteoporosis.

Nuestro organismo no aprovecha por igual el calcio de los alimentos. Algunos de ellos contienen calcio más biodisponible, es decir, más fácil de absorber y utilizar, que otros. Por otro lado, ciertas sustancias, como fitatos y oxalatos presentes en hortalizas de hoja, frutos secos y cereales integrales podrían dificultar o impedir la absorción de este mineral. Por ello es necesario realizar una valoración dietética del consumo de calcio en cada paciente para priorizar aquellas fuentes de mayor biodisponibilidad, como los lácteos.

A continuación se resumen las **recomendaciones para la prevención y tratamiento de la osteoporosis:**

- **Lleva a cabo una alimentación variada y equilibrada**, y en caso de sobrepeso u obesidad, es recomendable seguir una dieta individualizada con un dietista-nutricionista.
- **Realiza actividades al aire libre** con exposición a la luz solar (unos 15-30 minutos diarios, evitando las horas centrales del día).
- **Realiza ejercicio físico**, siempre adaptado a cada paciente.



- **Evita el consumo de alcohol y tabaco, modera el de café y limita las fuentes dietéticas de sal** (carnes procesadas, concentrados de caldo, por ejemplo).
- Incorpora **alimentos con buen contenido en calcio, como** lácteos en general (leche, queso y yogur), frutos secos, semillas oleaginosas, legumbres y hortalizas de hoja verde.
- Entre los **alimentos con mayor contenido en vitamina D** destacan los pescados, particularmente los azules o grasos frescos, congelados o en conserva, los huevos, los lácteos enteros o los alimentos enriquecidos con esta vitamina.

2. Recomendaciones para la práctica de ejercicio físico

2.1. Efectos secundarios que afectan a la calidad de vida del paciente

Existen diferentes efectos secundarios que pueden afectar a la calidad de vida de las personas con cáncer de próstata y también a su capacidad física y su actividad diaria. La mayoría de ellos son consecuencia de los tratamientos. En la siguiente tabla se resumen los más habituales y los tratamientos que pueden provocarlos:

EFFECTOS SECUNDARIOS	DEFINICIÓN	TRATAMIENTOS QUE LO CAUSAN	LIMITACIONES EN EL DÍA A DÍA
PROBLEMAS FUNCIONALES			
LIMITACIÓN FUNCIONAL	Son limitaciones físicas que dificultan las actividades diarias. Por ejemplo: molestias abdominales derivadas de adherencias ^c de los tejidos o reducción de la amplitud articular en la cadera.	Principalmente, la intervención quirúrgica y la radioterapia, así como toda intervención que requiera hospitalización y, por tanto, inmovilización.	Afecta a la movilidad y al normal desempeño de las actividades diarias.
LINFEDEMA	Inflamación de una extremidad debido a la acumulación de líquido y macromoléculas en los tejidos. Afecta a las extremidades inferiores o genitales.	La extracción de los ganglios linfáticos, cuya función es favorecer el drenaje de la zona. La radioterapia también puede aumentar el riesgo de linfedema, así como el sedentarismo.	Afecta a la movilidad, al normal desarrollo de las actividades diarias. Según el volumen, puede afectar a la autoimagen y la autoestima.

EFECTOS SECUNDARIOS	DEFINICIÓN	TRATAMIENTOS QUE LO CAUSAN	LIMITACIONES EN EL DÍA A DÍA
EFECTOS SECUNDARIOS EN LOS SISTEMAS DEL ORGANISMO			
CAPACIDAD FÍSICA	<p>Capacidad de realizar ejercicio dinámico a nivel muscular de intensidad ascendente, desde moderada a alta, durante largos periodos de tiempo. Depende del estado funcional de los aparatos respiratorio y cardiovascular y de la capacidad del músculo para producir energía.</p> <p>Habitualmente se ve reducida durante la enfermedad.</p>	<p>La inactividad durante la estancia intrahospitalaria, la quimioterapia y la radioterapia son los factores que afectan especialmente a la reducción de la capacidad física.</p>	<p>Afecta en gran medida a la capacidad funcional del paciente y al desarrollo de sus actividades diarias, causa fatiga desmesurada incluso en el desempeño de actividades ligeras.</p>
CARDIO-TOXICIDAD	<p>Toxicidad cardíaca producida por algunos tratamientos que reducen la capacidad funcional del corazón. Puede derivar en problemas cardíacos más importantes, como pericarditis o infarto.</p>	<p>Algunos tratamientos quimioterápicos son especialmente cardiotoxicos. El tratamiento hormonal también afecta a largo plazo la capacidad del corazón debido al descenso de los niveles de hormonas, que tienen un efecto regenerador sobre los tejidos del corazón.</p>	<p>A largo plazo, limita las actividades diarias, y puede derivar en problemas cardíacos.</p>

EFECTOS SECUNDARIOS	DEFINICIÓN	TRATAMIENTOS QUE LO CAUSAN	LIMITACIONES EN EL DÍA A DÍA
COMPOSICIÓN CORPORAL			
<p>CAQUEXIA Y ALTERACIONES MUSCULARES</p>	<p>Pérdida de masa muscular y debilidad física. Es mayor la pérdida de músculo que la de masa grasa, y se caracteriza por la presencia de ciertos indicadores de inflamación en la sangre, que simplemente reflejan cómo está respondiendo el cuerpo a la enfermedad y al tratamiento.</p>	<p>Sobre todo, la quimioterapia, la radioterapia y el tratamiento hormonal, ya que las dos primeras requieren un gasto muscular mayor y el último reduce la capacidad de recuperación del músculo.</p>	<p>Limita las actividades físicas diarias, se manifiesta como debilidad, problemas osteoarticulares y fatiga.</p>
<p>AUMENTO DE PESO</p>	<p>En las personas con cáncer de próstata se produce un tipo de obesidad denominada “sarcopénica”: aumenta el porcentaje de masa grasa debido a una reducción de la masa muscular y a una alteración hormonal a causa de los tratamientos.</p>	<p>El tratamiento hormonal es el principal causante de este efecto secundario.</p>	<p>Limita a nivel físico; puede causar lesiones osteoarticulares y fatiga.</p>
<p>OSTEOPOROSIS</p>	<p>Pérdida de masa ósea y densidad mineral en el hueso, que se vuelve más frágil. Esto afecta a la absorción del calcio.</p>	<p>Sobre todo, el tratamiento hormonal, que reduce la absorción de calcio en el hueso.</p>	<p>Aumenta el riesgo de fracturas y dolor articular.</p>

EFECTOS SECUNDARIOS	DEFINICIÓN	TRATAMIENTOS QUE LO CAUSAN	LIMITACIONES EN EL DÍA A DÍA
EFECTOS SECUNDARIOS NEUROLÓGICOS			
<p>NEUROPATÍA PERIFÉRICA</p>	<p>Trastorno nervioso que causa dolor, hormigueo y reducción de la motricidad fina en los dedos y los pies, debilidad muscular o inflamación en diferentes partes del cuerpo. Se percibe especialmente en las manos y los pies.</p>	<p>Algunos tratamientos de quimioterapia.</p>	<p>Afecta a la actividad diaria, reduce la movilidad, afecta a la capacidad de caminar y dificulta la independencia.</p>
<p>PÉRDIDA DE MEMORIA O DÉFICIT COGNITIVO</p>	<p>Se observa una reducción de la capacidad cognitiva que impide a los pacientes realizar algunas tareas diarias debido a problemas de atención y de memoria.</p>	<p>Algunos quimioterápicos, y actualmente se apunta también a la acción de la hormonoterapia.</p>	<p>Afecta al desarrollo diario de las actividades, relaciones sociales y profesionales.</p>

EFECTOS SECUNDARIOS	DEFINICIÓN	TRATAMIENTOS QUE LO CAUSAN	LIMITACIONES EN EL DÍA A DÍA
EFECTOS SECUNDARIOS GLOBALES			
<p>FATIGA</p>	<p>Desorden caracterizado por un estado general de debilidad. El paciente se siente sin energía para realizar sus actividades diarias.</p> <p>Se caracteriza especialmente por la pérdida de masa muscular, la ganancia de peso, el aumento de los biomarcadores^c inflamatorios y la reducción de actividad del sistema inmune. A ello se suman una serie de alteraciones psicosociales que potencian la inactividad y las alteraciones del sueño.</p> <p>Este tipo de fatiga no desaparece descansando, sino que se agrava con el reposo.</p>	<p>Es un efecto secundario muy multifactorial producido por la suma de los tratamientos recibidos, así como por otros factores de carácter psicológico, social y fisiológico.</p>	<p>Afecta al desarrollo diario de las actividades, así como al desempeño de las labores profesionales.</p>
<p>TRASTORNOS DEL SUEÑO</p>	<p>Hace referencia a la dificultad para dormir: despertarse durante la noche sin poder volver a dormir, o un sueño no reparador, lo que dificulta mantenerse despierto durante todo el día. Se relaciona con otros efectos secundarios, como la fatiga, y continúa tras dejar los tratamientos.</p>	<p>No se conocen los motivos, aunque parece un problema multifactorial relacionado no solo con los tratamientos sino también con diferentes alteraciones fisiológicas y el estado anímico del paciente.</p>	<p>Afecta al desarrollo diario de las actividades, así como al desempeño de las labores profesionales.</p>
<p>DOLOR</p>	<p>El dolor en el cáncer de próstata suele deberse a la enfermedad o a sus tratamientos y puede localizarse en la pelvis, la espalda o los huesos, variando en intensidad y forma</p> <p>Su abordaje combina tratamientos manuales y funcionales con fisioterapia, farmacológicos y estrategias psicológicas para mejorar el control del dolor.</p> <p>El ejercicio específico tras una buena rehabilitación también puede ayudar a mejorar la fuerza muscular, la movilidad y la función articular, además de disminuir la inflamación y aumentar la sensación de bienestar.</p>	<p>Puede tener su origen en la irritación de las estructuras (vejiga, piel) o las posiciones antiálgicas y de defensa, sobre todo a nivel lumbar, de cadera y pelvis.</p> <p>También puede deberse a los efectos de algunos tratamientos como la hormonoterapia.</p>	<p>Afecta al desarrollo diario de las actividades cotidianas, y al descanso.</p> <p>Puede condicionar la adherencia a un tratamiento.</p>

En realidad, los efectos secundarios que afectan a las personas con cáncer de próstata se deben, en muchos casos, a la combinación de los diferentes tratamientos que reciben, su estado anímico y la dificultad que supone convivir con esta enfermedad. En muchas ocasiones causan un gran impacto en su capacidad para realizar las actividades diarias, lo que también redundará en su vida social, su trabajo y, por ende, reduce su calidad de vida. Al final, muchos pacientes acaban teniendo una vida menos activa y más sedentaria, lo que a su vez agrava muchos de esos efectos secundarios.

Comienza así una espiral en la que la desmotivación se transforma en un agravante más del estado anímico, el sedentarismo y el aislamiento.

.....
“Todas las mañanas me levanto a primera hora y marcho a andar varios kilómetros. Y me encuentro de maravilla. Lo peor que hay es tener miedo a la muerte. Hay que vivir la vida”
.....

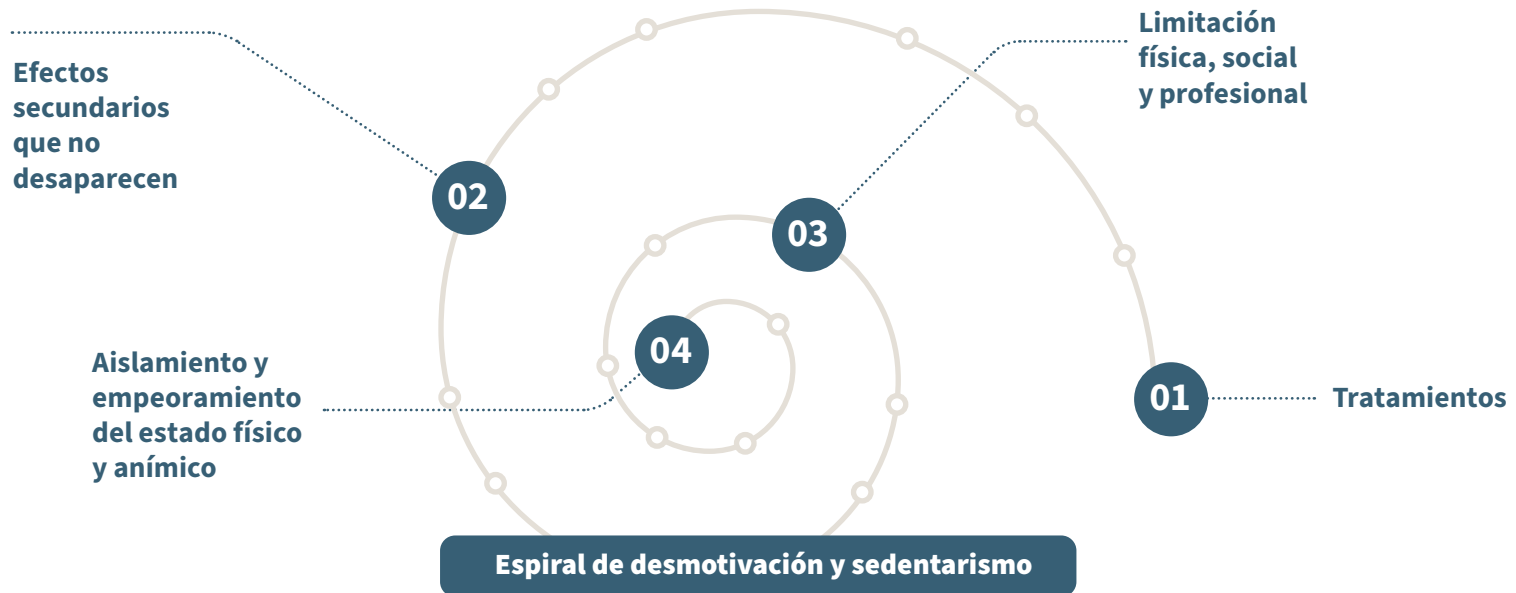


Figura 4: La desmotivación de los pacientes con cáncer de próstata se ve agravada por la disminución de las capacidades físicas y las limitaciones sociales que producen algunos efectos secundarios

2.2. Manejo de los efectos secundarios a través del ejercicio

Algunos efectos secundarios no pueden controlarse completamente con un tratamiento farmacológico. Pero en muchos casos la práctica de ejercicio adecuado y adaptado a las necesidades de cada paciente ayuda a reducirlos o prevenir su aparición.

El ejercicio físico oncológico es un tipo de ejercicio físico pautado y controlado por un profesional cuyo objetivo es reducir o prevenir los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos de forma individualizada.

El ejercicio físico ofrece efectos globales en el organismo: mejora la salud, la calidad de vida y la supervivencia. Además, se basa en la evidencia científica y en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para comenzar a realizar ejercicio físico es recomendable acudir a un profesional que lo supervise. No obstante, no siempre es posible contar con un especialista cercano al lugar de residencia. Por ello, ofrecemos a continuación algunas recomendaciones generales sobre el tipo de ejercicio más recomendable para reducir específicamente algunos efectos secundarios e incidir en los biomarcadores más importantes en el cáncer de próstata. Cuando hablamos de “biomarcadores” nos referimos a parámetros que se pueden medir en la sangre —como la insulina, algunas hormonas sexuales, indicadores del sistema inmune o ciertas citoquinas inflamatorias— y sabemos, por diferentes

estudios, que cuando el ejercicio mejora estos marcadores, suele asociarse con una mejor salud general y un mejor pronóstico del cáncer.

En la siguiente tabla encontrarás el programa de ejercicio físico más adecuado en cada caso y los beneficios que se han observado en los pacientes que lo practican.



EFFECTOS SECUNDARIOS	INTERVENCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO	MECANISMOS DEL EJERCICIO	PRECAUCIONES
PROBLEMAS FUNCIONALES			
LIMITACIONES FÍSICAS	<p>Comenzar con movimientos suaves de las articulaciones y la musculatura que se encuentra limitada o afectada.</p> <p>Estiramientos de cadera y abdomen.</p> <p>Tonificación progresiva de la musculatura de la cadera, tronco y espalda.</p>	<p>En primer lugar, buscamos relajar los músculos y reducir las adherencias⁶ entre tejidos.</p> <p>Aumentaremos progresivamente el rango de movilidad de la articulación.</p> <p>La tonificación mejorará la protección y movimiento de las articulaciones.</p>	Evitar ejercicios que nos generen dolor.
LINFEDEMA	<p>Estiramientos del tren inferior (de la pelvis hacia abajo).</p> <p>Actividad cardiovascular intensa combinada con natación.</p> <p>Tonificación general de la zona en horizontal, tumbado o con piernas elevadas.</p>	<p>Los estiramientos mejorarán la movilidad de los tejidos.</p> <p>Activación de los vasos linfáticos profundos con la tonificación. Los ejercicios en el agua ayudan al retorno venoso y linfático.</p>	Siempre bajo supervisión de un fisioterapeuta.
EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS SISTEMAS DEL ORGANISMO			
CAPACIDAD FÍSICA	<p>Actividad cardiovascular con cambios de intensidad. Tonificación global del cuerpo (ejercicios de fuerza).</p>	<p>Los cambios de intensidad y el trabajo de tonificación mejoran la capacidad muscular de producir energía y su eficiencia a la hora de generar movimiento, reduciendo la fatiga.</p>	<p>Respetar los límites en la intensidad.</p> <p>Precaución en el trabajo de fuerza para evitar lesiones.</p>
CARDIO-TOXICIDAD	<p>Actividad cardiovascular con cambios de intensidad. Tonificación global del cuerpo (ejercicios de fuerza).</p>	<p>Reducen la inflamación global del cuerpo.</p> <p>Mejoran la capacidad cardíaca y la fuerza del músculo cardíaco. Aumentan los vasos sanguíneos periféricos, lo que deriva en una reducción de la tensión arterial.</p>	<p>Respetar los límites en la intensidad.</p> <p>Precaución en el trabajo de fuerza para evitar lesiones.</p>

EFECTOS SECUNDARIOS	INTERVENCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO	MECANISMOS DEL EJERCICIO	PRECAUCIONES
COMPOSICIÓN CORPORAL			
<p>PÉRDIDA DE MASA MUSCULAR</p>	<p>Actividad cardiovascular con cambios de intensidad. Trabajo de fuerza de grandes músculos del cuerpo. Combinar siempre con una buena intervención nutricional.</p>	<p>Reduce la inflamación global. Ayuda a la regeneración muscular.</p>	<p>Proceso paulatino para evitar lesiones.</p>
<p>AUMENTO DE PESO</p>	<p>Actividad cardiovascular con cambios de intensidad. Tonificación global del cuerpo (ejercicios de fuerza).</p>	<p>Aumenta el gasto calórico y el uso de grasa durante el ejercicio, ayudando al equilibrio entre las calorías ingeridas y las gastadas.</p>	<p>Proceso paulatino para evitar lesiones.</p>
<p>OSTEO-POROSIS</p>	<p>Trabajo de fuerza de tren superior: hombros, brazos, pecho, espalda y cuello. Actividades de impacto, como caminar.</p>	<p>El trabajo de fuerza y de impacto ayudan al hueso a absorber calcio y regenerar su estructura.</p>	<p>En osteoporosis aguda tener cuidado al cargar peso.</p>

EFECTOS SECUNDARIOS	INTERVENCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO	MECANISMOS DEL EJERCICIO	PRECAUCIONES
EFECTOS SECUNDARIOS NEUROLÓGICOS			
NEUROPATÍA PERIFÉRICA	<p>Ejercicios de fuerza isométrica⁶ (sin movimiento articular) y propiocepción (ejercicio de control del cuerpo en el espacio, por ejemplo, de equilibrio). Tonificación global (ejercicios de fuerza).</p> <p>Ejercicios de motricidad fina como coger una toalla con los dedos de los pies, caminar de puntillas y talones por una línea.</p>	<p>El movimiento de los músculos y la tonificación ayudan a la regeneración del sistema nervioso, especialmente los ejercicios de propiocepción⁶.</p>	<p>Proceso paulatino para evitar lesiones.</p>
PÉRDIDA DE MEMORIA O DÉFICIT COGNITIVO	<p>Ejercicio cardiovascular.</p>	<p>Ayuda a mejorar la plasticidad cerebral, así como la irrigación de las células nerviosas.</p>	<p>Proceso paulatino para evitar lesiones.</p>

EFFECTOS SECUNDARIOS	INTERVENCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO	MECANISMOS DEL EJERCICIO	PRECAUCIONES
EFFECTOS SECUNDARIOS GLOBALES			
FATIGA	Actividad cardiovascular con cambios de intensidad. Trabajo de fuerza de grandes músculos del cuerpo.	Las actividades de media-alta intensidad han resultado ser la mejor opción en la reducción de la fatiga crónica, pues disminuyen la inflamación global y aumentan la capacidad cardiovascular.	Proceso paulatino para evitar lesiones.
PROBLEMAS DE SUEÑO	Actividades aeróbicas ⁶ .	Reduce la inflamación global del organismo y aumenta la fatiga aguda, lo que mejora las necesidades de descanso.	Proceso paulatino para evitar lesiones.
REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS	Entrenamiento grupal y guiado.	Entrenar con personas en la misma situación puede tener un efecto beneficioso a nivel psicológico y motivacional.	
DOLOR	Movilizaciones suaves y estiramientos. Ejercicios miofasciales (como ejercicios suaves y lentos de movilidad). Supervisados por especialistas y fisioterapeutas.	Mejora el aumento de la regeneración de fibroblastos que ayuda a la regeneración celular. Reduce la inflamación y favorece la oxigenación periférica.	Seguir las pautas de recomendación del movimiento, la postura y la intensidad.

Precauciones generales sobre ejercicio físico en pacientes oncológicos

Algunos efectos secundarios pueden suponer una limitación para la práctica de ejercicio físico. Es muy importante que los pacientes conozcan cómo adaptar cada ejercicio y tomar las precauciones correspondientes si experimentan alguno de ellos:

Riesgo de caída. La neuropatía^G periférica, la afectación del sistema nervioso central o los mareos pueden causar inestabilidad y aumentar el riesgo de caídas. En estos casos, se debe realizar el ejercicio en compañía y en entornos estables y controlados, para evitar dañarse si se caen.

Riesgo de fractura. Las personas con afectación ósea u osteoporosis^G deben prevenir posibles fracturas. Han de evitar las actividades de alto impacto (como correr o saltar) hasta que el problema esté controlado, así como los ejercicios de tonificación con mucho peso en las zonas afectadas y cargar el propio peso en dichas zonas (por ejemplo, no se deben hacer flexiones si se tiene el húmero afectado).

Dolor. Siempre que exista dolor se debe interrumpir el ejercicio y acudir a un profesional para evitar lesiones.

Cicatrices. Sigue las indicaciones del cirujano antes de realizar cualquier tipo de ejercicio. Se deben evitar especialmente las actividades en el agua o las de alta

intensidad, ya sean cardiovasculares o de fuerza. La cicatriz ha de estar cerrada antes de comenzar un entrenamiento.

Tratamiento hormonal. Este tratamiento dificulta la recuperación de los tejidos. Por tanto, es muy importante realizar descansos entre sesiones intensas si queremos prevenir lesiones o problemas articulares.

Disminución de la capacidad respiratoria. Algunos pacientes experimentan una sensación de ahogo debido a la afectación pulmonar. En este caso es muy importante reducir la intensidad del ejercicio a niveles que nos sintamos cómodos.

Cardiopatías o disfunción cardiaca. Algunos pacientes presentan cardiotoxicidad debida a los tratamientos. En estos casos es muy importante el control cardiológico antes de comenzar un programa de ejercicios y en el transcurso del mismo, mediante un pulsómetro.

Beneficios del ejercicio físico en los biomarcadores del cáncer

Diferentes biomarcadores^G pueden afectar el desarrollo y pronóstico del cáncer. En algunos casos, el ejercicio puede ayudar a reducir o controlar estos efectos.

BIOMARCADORES	IMPORTANCIA EN CÁNCER DE PRÓSTATA	BENEFICIOS DEL EJERCICIO
INSULINA	La insulina estimula el crecimiento de las células normales y epiteliales. Niveles altos de insulina en sangre pueden asociarse con un peor pronóstico.	El ejercicio combinado (cardiovascular y tonificación) previene la resistencia de los tejidos a la insulina haciendo que sean necesarios menores niveles de esta hormona para un normal funcionamiento, lo que mejora el pronóstico del cáncer.
FUNCIÓN INMUNE	El sistema inmune juega un papel fundamental a la hora de reducir la progresión del cáncer y aumentar la supervivencia.	El ejercicio aeróbico aumenta la funcionalidad del sistema inmune, en especial de las células natural <i>killer</i> ⁶ , que tienen un papel relevante en la detección y destrucción de las células tóxicas.
CITOQUINAS PRO-INFLAMATORIAS	Los biomarcadores de inflamación están relacionados con un peor pronóstico de la enfermedad.	El ejercicio continuo ayuda a producir estas hormonas antiinflamatorias que contribuyen a reducir la inflamación global del organismo.
HORMONAS SEXUALES	En el cáncer de próstata las hormonas sexuales juegan un papel fundamental en el crecimiento tumoral.	El ejercicio cardiovascular ayuda a regular la acción de las diferentes hormonas sexuales que intervienen en el crecimiento del tumor mejorando el pronóstico. Estas alteraciones están íntimamente ligadas a la reducción de la cantidad de masa grasa.

Cantidad de ejercicio por semana y tiempos de descanso

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Colegio Americano de Medicina Deportiva (ACSM) y sociedades oncológicas de diferentes países (por ejemplo, ACS, SEOM o COSA) establecen un mínimo de ejercicio físico que debe realizar una persona con cáncer con el fin de mantener su salud. Estos mínimos se aumentan de forma progresiva con el fin de mejorar la capacidad física de los pacientes.

En la siguiente tabla se recogen estas recomendaciones: el tiempo total y por sesión recomendados para cada tipo de actividad, la intensidad y el tiempo de descanso necesario en cada caso. Las indicaciones son generales y se establecen en función del nivel de intensidad y el tiempo dedicado. Así, por ejemplo, realizar 150 minutos semanales de actividad de intensidad moderada cumple el mínimo recomendado de actividad física, al igual que 75 minutos semanales de actividad intensa.

INTENSIDAD	TIEMPO POR SEMANA	TIEMPO POR SESIÓN	TIPO DE EJERCICIO	DESCANSO
Media (55 % - 85 % frecuencia cardíaca máxima). Puedes hablar, pero no tener una conversación fluida.	150 min	5 días a la semana/30 minutos	3 días de ejercicio cardiovascular 2 días de ejercicio de tonificación 3 días de ejercicio de propiocepción y equilibrio Se puede combinar en una sesión	24 h entre entrenamientos cardiovasculares 48 h entre sesiones de tonificación o sesiones intensas
Alta (>85 % frecuencia cardíaca máxima). Puedes mantener una respiración mantenida y decir palabras sueltas.	75 min	3 días a la semana/25 minutos	2 días de ejercicio cardiovascular 1 día de ejercicio de tonificación 3 días de ejercicio de propiocepción y equilibrio Se puede combinar en una sola sesión	48 h entre sesiones
Baja. Puedes tener una conversación fluida mientras realizas la actividad.	20-60 min/día	Todos los días. Realiza una actividad más larga el día de descanso entre actividades de mayor intensidad para ayudar al cuerpo a recuperarse, aumentando la irrigación periférica (flujo de sangre hacia las extremidades).	Caminar: 20-60 minutos todos los días Estiramientos: 30 segundos cada estiramiento, todos los días Ejercicio de propiocepción (equilibrio)	No es necesario descansar entre sesiones. Se puede caminar y realizar ejercicios de equilibrio todos los días. Se puede estirar varias veces al día.

Ejemplo de una sesión de intensidad moderada-alta

Combinar diferentes tipos de ejercicio y niveles de intensidad aporta numerosos beneficios. Incluir momentos de mayor esfuerzo, tanto en ejercicios de fuerza como cardiovasculares, ayuda a mejorar la masa muscular, aumentar la oxigenación del cuerpo y activar el metabolismo, lo que contribuye a sentirte con más energía.

También es importante alternar estos esfuerzos intensos con ejercicios más suaves o de baja intensidad dentro de la misma sesión. Esto permite que el cuerpo se recupere mejor entre ejercicios, elimine las sustancias de desecho (por ejemplo, dióxido de carbono o ácido láctico) y reduzca la sensación de fatiga posterior.

A continuación, te proponemos un ejemplo de cómo organizar una sesión combinada, con distintos tiempos y tipos de ejercicios. Puedes adaptarla según tu nivel o tus gustos: cambiar los ejercicios de fuerza y cardio, añadir nuevos bloques o variar la intensidad conforme avances.

Aunque el ejemplo incluye ejercicios de fuerza para piernas y brazos combinados con trabajo cardiovascular, también puedes focalizarte únicamente en ejercicios de piernas o abdomen, o hacer sesiones centradas en distintas zonas del cuerpo. Si prefieres, puedes invertir el orden y comenzar primero con ejercicio de cardio más intenso (como cuestas o intervalos cortos) para continuar con ejercicios de fuerza más suaves, posturales o de equilibrio y propiocepción.

Además, los ejercicios de equilibrio o propiocepción son muy útiles y pueden incluirse en el calentamiento, tal como te mostraremos en el ejemplo.

Sesión de fuerza combinada:

En esta sesión trabajaremos principalmente las piernas utilizando tu propio peso corporal, y el tren superior con cargas bajas (puedes usar pesas, botellas de agua o gomas elásticas si quieres aumentar la intensidad).

Como principal precaución, te recomendamos que, si tienes enfermedad metastásica, optes siempre por la versión “sin impacto”. Además, si sientes cualquier molestia o dolor, detente y consulta con un especialista.

¡EMPEZAMOS!

FASE 1. Calentamiento:

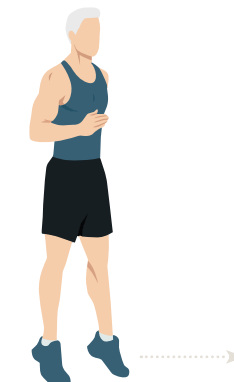
El objetivo es **aumentar progresivamente la temperatura corporal y la movilidad** para preparar los músculos, mejorar la flexibilidad de los tejidos y prevenir lesiones.

1. Sin impacto: Camina durante 5-10 minutos a ritmo cómodo, respirando de forma regular. **Con impacto:** puedes realizar 5-10 min trotando.

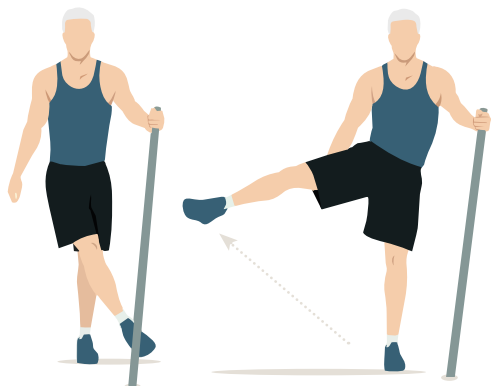
2. Ejercicios de equilibrio: mantén cada posición entre **30 y 60 segundos**.



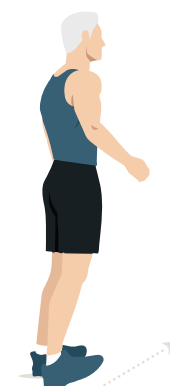
De pie, apóyate sobre un pie y eleva la rodilla del otro hasta la altura de la cadera. Mantén la postura y cambia de pierna.



Camina de puntillas en total 30-40 segundos intentando elevar bien el talón y manteniendo una postura adecuada con la cadera en una posición neutra sin curvar la zona lumbar.



De pie, apoya el peso sobre una pierna y mueve suavemente la otra de lado a lado, intentando mantener el equilibrio. Repite con la otra pierna.



Camina de talones en total 30-40 segundos intentando elevar bien la punta y manteniendo una postura adecuada con la cadera en una posición neutra sin curvar la zona lumbar.

FASE 2: Parte principal:

En este bloque combinaremos **ejercicios de fuerza** con **ejercicios cardiovasculares** para trabajar todo el cuerpo de manera equilibrada. La dinámica es sencilla: cada bloque incluye 1 minuto de ejercicio de fuerza y 1 minuto de ejercicio cardiovascular. Descansa entre cada bloque el tiempo que necesites (30–60 segundos).



Puedes adaptar la intensidad y la velocidad de ejecución según tu estado físico:

- **Opción sin impacto:** caminar a ritmo moderado durante el minuto de cardio.
- **Opción con impacto:** trotar suavemente si te sientes cómodo y tu estado físico te lo permite.

La propuesta de ejercicios de fuerza es la siguiente:

1. Press de hombros con mancuernas



1. Posición inicial

De pie, con los pies al ancho de las caderas, sostén una mancuerna en cada mano a la altura de los hombros, con los codos flexionados y el abdomen activo.



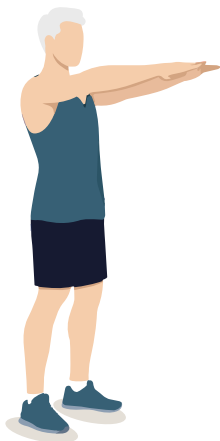
2. Movimiento

Empuja las mancuernas hacia arriba extendiendo los brazos sin bloquear los codos. Vuelve lentamente a la posición inicial.



Mantén la espalda recta y evita arquearla. Exhala al subir e inhala al bajar.

2. Sentadilla (Squat)



1. Posición inicial

De pie, con los pies al ancho de las caderas, postura erguida y mirada al frente.



2. Movimiento

Flexiona las rodillas y lleva las caderas hacia atrás, como si fueras a sentarte. Mantén los brazos extendidos al frente para equilibrarte.



No bajes más allá de los 90°. Mantén los talones apoyados y el abdomen firme. Inhala al bajar y exhala al subir.

3. Remo con mancuernas



1. Posición inicial

Con una ligera flexión de rodillas e inclinación del tronco, sujeta una mancuerna en cada mano con los brazos extendidos hacia abajo.



2. Movimiento

Tira de las mancuernas hacia los costados del cuerpo, llevando los codos hacia atrás. Baja lentamente.



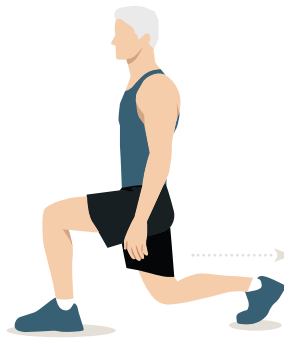
Mantén la espalda recta y el cuello alineado. Evita balancear el cuerpo. Exhala al tirar e inhala al bajar.

4. Zancada hacia atrás (Lunge posterior). Pierna derecha



1. Posición inicial

Postura erguida, pies separados al ancho de las caderas y abdomen activado.



2. Movimiento (pierna derecha)

Da un paso hacia atrás y flexiona ambas rodillas formando un ángulo de 90°. Empuja con la pierna trasera para volver manteniendo la estabilidad con la de delante.



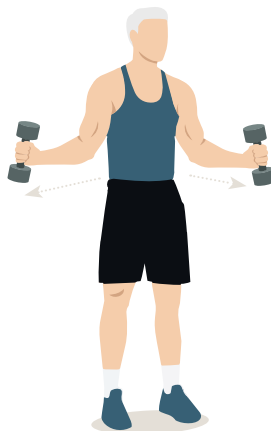
Mantén el tronco recto y la mirada al frente. Puedes apoyarte en una pared si lo necesitas. Evita que las rodillas vayan hacia delante.

5. Rotación externa de hombros



1. Posición inicial

De pie, sostén una mancuerna ligera en cada mano con los brazos extendidos a los costados del cuerpo.



2. Movimiento

Eleva los antebrazos lateralmente rotando los hombros y llevando las manos hacia atrás, a la vez que juntas tus escápulas en la espalda. Recupera lentamente a la posición inicial.



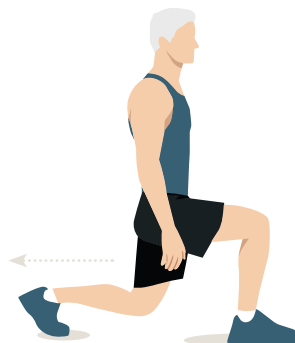
No subas los hombros ni arquees la espalda. Controla el movimiento.

6. Zancada hacia atrás (Lunge posterior). Pierna izquierda.



1. Posición inicial

De pie, con los pies juntos y el cuerpo erguido. Puedes apoyarte en una silla o pared.



2. Movimiento (pierna izquierda)

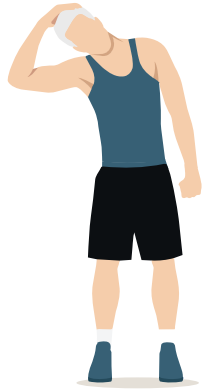
Da un paso hacia atrás y flexiona ambas rodillas formando un ángulo de 90°. Empuja con la pierna trasera para volver manteniendo la estabilidad con la de delante.



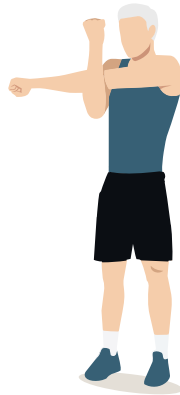
Mantén el abdomen firme y la mirada al frente. Puedes apoyarte en una pared si lo necesitas. Evitar que las rodillas vayan hacia delante.

FASE 3. ESTIRAMIENTOS

Para terminar y volver a la calma, además de ayudar al cuerpo a recuperarse, es recomendable estirar todo el cuerpo. Mantén 30 segundos cada uno de los siguientes ejercicios.



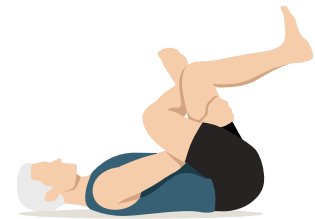
Cuello



Hombro



Pectoral



Glúteo



Psoas



Cuádriceps



Abductor



Isquiotibiales



Soleo y gemelo

3. Recomendaciones prácticas en actividades lúdicas y sociales

Tener cáncer se ha vinculado tradicional y socialmente con una etapa de reposo y cuidado, durante la cual las personas han vivido la enfermedad de una forma privada e íntima.

Esto suponía, en ocasiones, mantener cierta distancia con los círculos sociales y las actividades habituales.

El estigma y los intensos efectos secundarios de los tratamientos no propiciaban que los pacientes pudieran llevar una vida normal. Pero el aumento de la supervivencia y la mayor tolerabilidad de las terapias actuales, unido a que el cáncer está cada vez más normalizado en la sociedad, han permitido que el diagnóstico de esta enfermedad no suponga hoy una ruptura con la vida cotidiana.

Somos conscientes de que seguir una dieta equilibrada, realizar actividad física o abandonar el consumo de tabaco y alcohol son prácticas saludables, pero **¿reconocemos como hábito saludable tener cierta actividad social que permita el disfrute y la interacción con otras personas?**

Disfrutar de las aficiones, participar en la vida social y estar en contacto con otras personas posee claros beneficios, aumenta nuestro bienestar y, por tanto, es recomendable integrar estas actividades en nuestra vida, en la medida que cada uno considere oportuno. **Conservar espacios de ocio nos ayudará a relajarnos y a desconectar del cáncer y, además, conseguiremos en**

nuestro día a día espacios en los que la enfermedad no será la protagonista.

Te proponemos conservar tus aficiones y tiempo de ocio y dedicar tiempo a tus seres queridos y a las actividades que más te gusten. No siempre resultará fácil, por lo que a continuación te ofrecemos cinco pautas para tener en cuenta:

**PLANIFICACIÓN + IMPROVISACIÓN + PREPARACIÓN +
+ NORMALIZACIÓN + APOYO**

PLANIFICACIÓN

Poco a poco te harás un experto en tu propia enfermedad e irás conociendo mejor las rutinas médicas, la periodicidad de las consultas o el tiempo de recuperación aproximado que tu cuerpo necesita tras un determinado tratamiento.

Todo esto **te ayudará a organizar tu vida y buscar espacios para ti mismo.**

Piensa en aquellas cosas que te gusta hacer y búscalas hueco en tu agenda en aquellos días en los que previsiblemente te vayas a sentir bien y no tengas compromisos médicos. Por ejemplo, si eres aficionado al senderismo planifica tus escapadas para cuando, según tu experiencia, no vayas a tener efectos secundarios que puedan afectarte.

.....
*“Mi ilusión era viajar cuando mi mujer se jubilara.
Y pensé que eso se había acabado”*
.....

La planificación no debe entenderse solo como una vía para adaptar nuestra vida a la enfermedad, sino también como una manera de adaptar la enfermedad a nuestra vida. Si quieres hacer un viaje en determinadas fechas o asistir a un importante evento deportivo, habla con tu médico para valorar si el tratamiento podrá adecuarse a tus deseos.

IMPROVISACIÓN

A pesar de que puedan parecer contrarias, **la improvisación y la planificación son compatibles**. ¿A qué nos referimos con improvisar? A dejarnos llevar también por el presente, por el día de hoy. Habrá algunos en que te levantes más cansado, con peor estado de ánimo o con molestias debido a los efectos secundarios del tratamiento y no tendrás ganas de salir de casa. Por el contrario, habrá otros en los que te sentirás mejor y con más energía. Incluso cuando hayas planificado el día para dedicarlo a ciertas responsabilidades, aprovecha que te encuentras bien y regálate tiempo para disfrutar.

PREPARACIÓN

Algunos factores pueden dificultar tu participación en actividades de índole social. Las alteraciones urinarias, por ejemplo, quizá te hagan sentir inseguro y decidas permanecer más tiempo en casa.

Todo esto es normal y forma parte del proceso de adaptación. El uso de pañal puede resultar traumático al principio, pero poco a poco, irás adquiriendo confianza y seguridad, especialmente con una preparación adecuada y la puesta en práctica de trucos y hábitos concretos.

De igual forma, es conveniente que te prepares antes de realizar algún viaje o escapada. Infórmate para saber a dónde acudir en caso de algún imprevisto en tu salud y lleva contigo los informes médicos.

.....
“Al final te conoces tanto que te haces experto. Llevo años llevando pañales y sé que debo caminar lento para que haya menor pérdida y que debo ir a orinar a menudo”
.....

NORMALIZACIÓN

Normalizar el cáncer de próstata no significa trivializarlo o infravalorar su gravedad. Es un proceso complejo y difícil. Sin embargo, es recomendable, en la medida de lo posible, procurar que la vida no gire en torno a la enfermedad. No siempre lo conseguiremos, ya que habrá momentos de especial dificultad tanto física como emocional y social. **Te proponemos que trates de integrar la enfermedad en tu vida para conseguir normalizarla lo más posible.**

¿Cómo conseguirlo? Es muy importante evitar autolimitarse y pensar que no podemos ni debemos hacer determinadas cosas por

tener cáncer. Quizá debido a la presión social hayas dejado de hacer algo que socialmente se considera que no es idóneo para una persona con cáncer (por ejemplo: continuar trabajando o realizar determinada práctica deportiva). O, tal vez, por ideas preconcebidas con respecto a la enfermedad y el tratamiento, creas que ciertas actividades son contraproducentes (por ejemplo: pensar que el ejercicio físico es incompatible con la enfermedad, cuando lo cierto es que puede ejercer efectos muy positivos y contribuir a enlentecer la progresión del cáncer de próstata y mejorar la calidad de vida).

Además, hablar de la enfermedad con naturalidad puede ayudar a normalizarla e integrarla en tu vida. No significa que tengas que conversar de todo con todos. Solo tú eliges qué decir y a quién decirlo. Hablar permite desahogarse y ayuda a que otras personas comprendan mejor lo que sientes y lo que necesitas, aspectos clave para que puedas vivir esta etapa de la mejor forma posible.

APOYO

El diagnóstico, tratamiento, cuidado y recuperación de un cáncer de próstata es un proceso complejo en el que se producen altibajos. Las inquietudes, necesidades y preocupaciones van cambiando a lo largo del tiempo y es recomendable ser consciente de las dificultades para buscar apoyo y soluciones y reducir lo máximo posible el impacto de la enfermedad en tu vida. Sin embargo, el de próstata tiene dos particularidades con respecto a otros tipos de cáncer que influyen en la manera de buscar apoyo.

.....
“No tenemos ayudas porque somos discretos a la hora de exponer nuestras limitaciones y preocupaciones. Los hombres con cáncer de próstata estamos un poco escondidos”
.....

En primer lugar, es una enfermedad que afecta a áreas de especial intimidad para la persona debido a las alteraciones sexuales o urinarias, y por tanto resultan más difíciles de hablar en la consulta. Y, en segundo lugar, debido al “silencio masculino”, muchas personas no comparten abiertamente sus sentimientos y dificultades debido a un aprendizaje cultural que proviene de la infancia. Esto ocasiona que vivan estas dificultades en soledad y no pidan ayuda.



Solicitar apoyo y acompañarnos de otras personas es, sin duda, una estrategia idónea para que podamos vivir mejor y más arropados.

TE PROPONEMOS UN EJERCICIO DE REFLEXIÓN.

Piensa en aquellas aficiones o actividades sociales que te gustan y te producen satisfacción. Quizá hacer senderismo, visitar un museo, ver fútbol, estar con los amigos en un bar o viajar. Y plantéate:

- ¿Por qué te gustan? ¿Qué sensaciones te producen?
- ¿Has dejado de hacerlas tras el diagnóstico o ahora las haces menos?
- Si has conseguido continuar con todo aquello que te gusta hacer, ¿qué otras cosas te gustaría realizar en esta etapa de tu vida?
- Si ahora no haces todas aquellas cosas que te gustan, ¿cuál es el motivo?
- ¿Crees que habría alguna forma de volver a recuperar aquellos hábitos que más te gustan?
- Si no lo crees posible, ¿hay otras alternativas que, aun siendo diferentes, pueden proporcionarte sensaciones parecidas?

Este ejercicio busca que cada persona reflexione acerca de aquellas actividades o relaciones que ha podido dejar de lado tras el diagnóstico. Tomar conciencia de ello y de la causa (que puede ser externa o interna) te ayudará a buscar opciones para seguir disfrutando de tus hábitos preferidos.

4. Recomendaciones prácticas para el descanso

El cansancio es una de las preocupaciones más habituales que manifiestan las personas con cáncer de próstata. Suelen decir que es un tipo de cansancio distinto al habitual, ya que no siempre disminuye con el descanso, sino que se mantiene constante y limita la realización de actividades cotidianas.

Como se ha mencionado en el apartado anterior, es conveniente que aproveches los días en los que te sientes menos cansado para hacer aquellas cosas que tengas pendientes o te apetezcan. Y, por el contrario, hacer vida más tranquila cuando estás más agotado.



¿QUÉ RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PUEDEN SERVIRTE PARA MEJORAR TU DESCANSO?



- **Incorpora hábitos de vida saludables.** La dieta equilibrada y el ejercicio físico favorecen el descanso. Quizá te encuentres sin fuerzas ni ánimo para hacer ejercicio o realizar cambios en tu alimentación, pero ten por seguro que mantenerse activo ayuda a combatir la fatiga. Ponte unos objetivos, te sentirás mejor y más centrado en otros temas ajenos al cáncer de próstata.

Es recomendable cenar, al menos, dos horas antes de ir a la cama y evitar las comidas copiosas, el alcohol, las bebidas estimulantes y el tabaco por la noche. Si vas a hacer algún tipo de actividad física en este momento del día, procura dejar un margen mínimo de tres horas. Un paseo antes de cenar es muy saludable y te ayudará a relajarte. Sigue las recomendaciones de los apartados anteriores y verás cómo te sientes mejor y más activo.

- **Mantén cierta regularidad en tu vida.** Tener cáncer de próstata altera las rutinas, pero es posible lograr una regularidad que permita conciliar las diferentes esferas de tu vida con las exigencias de la enfermedad. Procura levantarte y acostarte a la misma hora todos los días y trata de dormir, al menos, seis o siete horas.
- **Actividades antes de dormir.** Antes de acostarte, realiza actividades que te gusten y sean agradables, evitando las más estimulantes o que puedan generarte tensión o preocupación. Leer o escuchar música tranquila pueden ser buenas opciones.

- **Cuida el ambiente de tu dormitorio.** El lugar donde duermes influye mucho en el descanso. Si tienes problemas para dormir, prueba a hacer algunos cambios. Una habitación que facilita el descanso es aquella con luz tenue, temperatura apropiada, ordenada, aireada y aislada de ruidos y elementos distractores como la televisión, el móvil o la radio. Comprueba qué puede funcionar en tu caso.
- **Ocúpate por el día y despreocúpate por la noche.** La enfermedad nos preocupa y tiene la capacidad de invadir nuestros pensamientos en diferentes momentos del día. Sin embargo, a lo largo de la jornada tendemos a evitarlos y ocupar nuestra atención con otras actividades cotidianas o pensamientos menos dolorosos. Y es en la noche, en compañía de nuestra almohada, cuando emergen y afloran todas estas inquietudes.

Comenzamos a encadenar pensamientos a los que suceden emociones de angustia, ansiedad o miedo. Sin lugar a dudas, esta situación no ayuda a conciliar el sueño. Por ello, te proponemos ocuparte durante el día de estos temores que suelen surgir por la noche. Escríbelos y reflexiona por qué te preocupan. Plántate si tienen alguna solución y, si es así, ponte en marcha. Si crees que no la tienen, ¿por qué no lo hablas con otra persona? Quizá te aporte una perspectiva con la que no contabas o te ayude a aceptar aquello que no puedes cambiar. Si consigues verbalizar todo lo que te preocupa y te muestras activo en la búsqueda de soluciones, llegarás a la noche más despreocupado y con menos posibilidades de comenzar esa cadena de pensamientos que tanto abruman.

- 
- **El descanso diurno es compatible con el nocturno.** A veces pensamos que solo es posible descansar por la noche, cuando el día nos brinda también oportunidades que podemos aprovechar. La siesta puede ayudarte, si bien no conviene que supere los veinte o treinta minutos. De igual forma, las técnicas de relajación son una buena herramienta, especialmente en aquellos momentos de mayor nerviosismo o tensión emocional, como cuando esperamos los resultados de las pruebas. En Internet podrás encontrar diferentes técnicas de respiración y visualización. Encuentra aquella que mejor resultado te proporcione y continúa practicándola para aumentar sus beneficios.
- 



06

EMOCIONES
Y RELACIONES
FAMILIARES Y
SOCIALES



Es difícil asimilar la noticia de que se tiene cáncer de próstata. El diagnóstico supone el inicio de una serie de vivencias que probablemente influirán en tu estado psicológico. El miedo, la tristeza o la incertidumbre van a acompañarte en algún momento del proceso, ya seas paciente o familiar. En este capítulo queremos explicar y poner nombre a las emociones más habituales. Pretendemos normalizarlas y darte una serie de pautas para que puedas adaptarlas a tu vida y mejorar tu día a día.

1. Reacciones emocionales y gestión de las emociones del paciente

Como ya ha quedado reflejado en capítulos anteriores, aceptar un diagnóstico de cáncer no es nada fácil. Supone hacer frente a una situación inesperada que ocasiona un fuerte impacto emocional y un cambio importante en la vida de la persona. Se pasa a ser una persona más o menos sana, con sus ocupaciones y problemas cotidianos, a vivir con una enfermedad grave, que en muchas ocasiones obliga a abandonar temporalmente las responsabilidades familiares y laborales.

.....
“Lo que peor llevé fue la ruptura con mi vida habitual. De tener una vida activa pasé a tener que quedarme en casa. Es el mayor shock, el cambio más radical, lo cual puede afectar a la gente de tu alrededor”

Cada persona tiene una forma de ser, un modo de afrontar los problemas, un conjunto de creencias y valores y una manera propia de ver el mundo. Por tanto, también será **única la forma con que cada uno afronte la enfermedad. Hay tantas reacciones como personas.**

Aunque estas reacciones sean diferentes en cada uno de nosotros, las emociones que sentimos ante una situación como esta suelen ser comunes y ayudarán en el proceso de afrontamiento.

¿Es normal sentirse mal cuando te acaban de decir que tienes cáncer de próstata? Sí. Lo más probable es que afloren emociones desagradables e intensas. Son sentimientos naturales y normales que, poco a poco, irán disminuyendo.

- **Shock o fase de crisis.** Se caracteriza por sentimientos de fragilidad y vulnerabilidad, confusión, inseguridad, que pueden durar desde unos días a unas pocas semanas. Puedes tener la sensación de que tu existencia está en peligro o de pérdida del marco de referencia. Nadie está preparado para recibir esta noticia, necesitas tiempo para asimilar lo que está pasando.
- **Negación, incredulidad.** Tal vez no creas lo que te está ocurriendo y pienses: “No es posible, tienen que haberse equivocado”.
- **Tristeza e impotencia** ante los cambios producidos, tanto en el presente como en la expectativa de futuro.
- **Aceptación.** Suele coincidir con el comienzo del tratamiento y el alivio que supone estar haciendo algo al respecto.

En algunos momentos puedes sentir unas emociones con mayor intensidad que otras, forma parte del proceso de aceptación. Además, puede aparecer dificultad en el manejo de la incertidumbre y sensación de inseguridad.

La **incertidumbre** y la **inseguridad** con respecto a lo que pueda ocurrir son las sensaciones que probablemente caractericen mejor la experiencia del cáncer.

También es habitual sentir momentos de mayor miedo o preocupación justo antes de las revisiones médicas, especialmente cuando toca realizar pruebas de imagen. Esta ansiedad relacionada con las revisiones médicas no significa que estés retrocediendo en el afrontamiento de la enfermedad ni que no hayas aceptado la situación; simplemente muestra que te importa tu salud. Hablar de ello con tu equipo médico o con tu psicólogo/a puede ayudarte a que esas semanas no dominen tu vida.

Recuerda: *TODAS estas reacciones son NORMALES, forman parte del proceso de adaptación.*

¿QUÉ PUEDES HACER ANTE ESTAS REACCIONES Y EMOCIONES?

En primer lugar, ten presente que **el hecho de que no mantengas una actitud positiva no afectará a la evolución de tu enfermedad**. No te sientas culpable por ello. Pero tampoco te abandones a la tristeza y al abatimiento. El modo en que afrontes al cáncer influirá en tu calidad de vida y en tu estado de ánimo.

Los siguientes consejos pueden ser útiles:

- **Acepta lo que sientes**, sé tolerante contigo mismo y demuéstrate aceptación y respeto hacia tus emociones, incluso en los momentos en los que sientas mayor debilidad.
- **Tómate tu tiempo** para pensar en lo que está pasando y adaptarte a la enfermedad.
- **Comparte tus sentimientos**. No significa que debas hacerlo con todo el mundo: busca a aquellas personas que sean de tu confianza y con las que te sientas cómodo.
- **No intentes pasar por esto tú solo**. Hablar y apoyarte en tu familia y amistades te ayudará a darte cuenta de lo que realmente te preocupa y te permitirá tomar la distancia suficiente para buscar una solución.
- Es posible que te apetezca hablar con alguien que haya pasado por tu misma situación; si es así, **contacta con alguna asociación de pacientes** que tenga voluntarios testimoniales y solicita su servicio. Aunque siempre debes tener presente que no hay dos casos idénticos.

.....
“Mi círculo de amigos cercanos conoce todo el proceso. El resto sabe algunas cosas, pero yo no hablo de todo porque no siempre preguntan y si hay mujeres hablo menos todavía”
.....

- **Intenta gestionar tus pensamientos negativos.** Anticiparte a posibles problemas no te ayudará a solucionarlos si finalmente ocurren y, además, no te garantiza la certeza de que vayan a suceder.
- **Mantén la mente ocupada** con actividades que te resulten agradables. La inactividad favorece la aparición de pensamientos negativos. No significa que no te importe lo que ocurre, sino que, para gestionar mejor la situación, te apoyas en momentos de distracción.
- **Si tienes hijos,** habla con ellos, pregúntales qué tal les va... Aunque tal vez te están cuidando en estos momentos, tu rol como padre no ha cambiado, sigues siendo igual de importante para ellos.
- **Cuídate.** Realiza ejercicio físico siempre que tu médico lo considere oportuno. Descansa lo necesario y aliméntate adecuadamente. En el **CAPÍTULO 5** te ofrecemos recomendaciones prácticas para mantener una buena alimentación y para realizar ejercicio físico.
- **Si te preocupa tu sexualidad,** consulta el **CAPÍTULO 4** de esta guía, donde encontrarás información.

Si consideras que el malestar emocional se prolonga demasiado en el tiempo o te sientes desbordado por la situación, no dudes en consultar con un psicólogo especializado cualquier asunto que te preocupe. No es un signo de debilidad, sino una forma de cuidarte.



2. Reacciones emocionales y gestión de las emociones de la pareja

El cáncer no afecta solo al paciente, sino también a su entorno.

Familiares y amistades también han de hacer frente a una gran cantidad de decisiones, emociones y cambios en su forma habitual de vida. Son momentos difíciles para todos.

Si tu pareja tiene cáncer de próstata, tal vez hayas sentido, o a veces sientas, incertidumbre, ira, soledad, miedo o preocupación. También puede ocurrir que no sepas qué hacer, experimentes alteraciones del sueño o tengas dificultades en el trabajo. Todas estas reacciones son normales, y más intensas al principio tras conocer el diagnóstico, pero luego, poco a poco, van disminuyendo.

Las parejas de personas con cáncer ocultan con frecuencia su malestar emocional o lo minimizan, lo que no siempre es la mejor opción para afrontar esta situación. Saber qué puedes hacer para ayudar a tu pareja y sentirte tú mejor es de vital importancia para vivir este proceso de la mejor manera posible.

¿QUÉ PUEDES HACER PARA APOYAR A TU PAREJA CON CÁNCER?

- **Conoce cómo lo está viviendo.** Puedes preguntarle cómo se siente y qué le preocupa.

- **Trata de comportarte con naturalidad**, sin dramatismos, intenta transmitirle apoyo y energía.
- **Aprende a escuchar a tu pareja.** Permite que se exprese y no interrumpas su llanto si aparece.
- **Intenta normalizar la situación**, no niegues lo que está ocurriendo. Procura hablar de la enfermedad sin tabúes.
- **Utiliza el sentido del humor**, es un buen recurso para desdramatizar, siempre que lo uses adecuadamente y con tacto.
- Es normal que surjan problemas, tratad de **resolverlos juntos**.
- A veces no hará falta que hagas grandes cosas, simplemente bastará con **hacerle saber que estás ahí**.
- **Crear un clima de confianza** es fundamental. Para ello, procura no imponerle lo que debe hacer, intenta no culpabilizarle ni dar consejos del tipo “hay que ser fuerte”, “esto no es nada, hay personas que están peor”.



LECTURA RECOMENDADA:

“En el amor y en el cáncer. El libro para las parejas de los pacientes con cáncer” es un libro editado por la Fundación MÁS QUE IDEAS. Es el único libro específico que existe para las parejas de los pacientes con cáncer y nace con el deseo de mejorar su vida durante la enfermedad de sus parejas.



Puedes descargártelo en PDF en la web
www.fundacionmasqueideas.org
o solicitar un ejemplar en
lasideasde@fundacionmasqueideas.org

¿QUÉ PUEDES HACER PARA SENTIRTE MEJOR?

- **Expresa cómo te sientes**, habla con sinceridad con tu pareja, ello facilitará vuestra comunicación. Hablar es beneficioso, aunque te cueste.
- Es importante que **duermas bien y descanses**.
- Sigue una **alimentación sana y equilibrada**.
- **Realizar ejercicio físico** puede ayudarte a descargar las tensiones acumuladas.
- Intenta **buscar tiempo para ti** y dedicarlo a realizar actividades que te gusten.
- Si ves que la situación te sobrepasa o tu malestar se prolonga demasiado en el tiempo, no dudes en **consultar con un psicólogo** especializado para que te ayude a llevar este proceso.

No tienes por qué hacerlo todo perfecto ni estar bien todo el tiempo. Permitirte sentir lo que sientes es el primer paso para recuperar estabilidad y serenidad.

.....
“Aunque seas positivo, hay que estar atento a la salud emocional y acudir, si es posible, al psicooncólogo porque es quien sabe cómo ayudarte”
.....

3. Reacciones emocionales y gestión de las emociones de los hijos adultos

Si tu padre tiene cáncer de próstata, es normal que la enfermedad te esté afectando y que experimentes muchas de las reacciones emocionales que hemos descrito anteriormente. El diagnóstico de un cáncer es un jarro de agua fría para el que no estamos preparados.

Aunque no podemos revertir la situación, sí te ofrecemos algunas ideas que puedes poner en práctica para convivir con la enfermedad de tu padre:

- **Habla con él con naturalidad.** No dejes que el cáncer se convierta en un tabú.
- Busca algún amigo o persona de tu confianza con la que **poder desahogarte.**
- **Trata de sentirte útil.** Pregúntale si hay algo en lo que le puedas ayudar.
- **Ten paciencia.** Todos en la familia necesitáis un tiempo para adaptaros a los cambios que trae consigo la enfermedad.
- **Muéstrale afecto.** Las caricias, besos y abrazos son importantes para que se sienta querido y acompañado.
- **Manténle al tanto de tu día a día.** Cuéntale cómo te va, pídele opinión... ayúdale a que siga sintiéndose útil como padre.

- Busca **momentos para compartir** con él: salir a dar un paseo, ver alguna película, practicar alguna afición común, etc.
- **Cuida vuestra relación.** El cáncer de próstata puede suponer muchos cambios, sin embargo, el rol de padre no se pierde.
- Si ves que no puedes afrontar esta situación solo, **pide ayuda a un psicólogo** especializado.
- No olvides que **tú también estás viviendo un proceso.** Es normal sentir contradicciones, cansancio o incluso enfado. Poder hablarlo y reconocerlo te ayudará a estar mejor y a acompañar mejor.



4. Relaciones y dinámicas familiares

Cuando se produce un diagnóstico de cáncer en la unidad familiar, las relaciones, los roles y las dinámicas cambian considerablemente. De forma general, se producen cambios en las responsabilidades domésticas, económicas y de cuidados. Además, aparecen nuevas necesidades que es necesario asumir. Estos cambios, en algunas ocasiones, pueden tener un impacto considerable en las familias, ya que con frecuencia las tareas y responsabilidades que antes asumía la persona diagnosticada recaen en los otros miembros.

Por otra parte, quien asume el rol de la persona cuidadora en esta nueva situación puede experimentar sobrecarga y agotamiento si los cuidados no se reparten en la medida de lo posible.

PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN

En ocasiones pueden producirse dificultades en la comunicación al tratar algunos temas como la sexualidad (aspecto abordado en el **CAPÍTULO 4**), la sensación de pérdida de la masculinidad, las dificultades en la expresión de las emociones o el afrontamiento de todos los cambios que se producen a partir del diagnóstico y los tratamientos.

Para poder mejorar estas dificultades algunas de las siguientes pautas pueden resultar de ayuda:

- Fomentar **espacios de diálogo abierto** y sin juicios.
- **Incluir a la familia en las consultas médicas**, siempre que

el paciente lo permita, para facilitar la toma de decisiones compartidas cuando sea posible.

- **Buscar y compartir información** sobre el proceso de enfermedad y sus efectos, con el fin de reducir el estigma y mejorar la comprensión de la situación.
- **Validar las emociones de todas las personas implicadas**, no solo las del paciente. Evitar minimizar el impacto del diagnóstico con frases como “todo irá bien” si no se acompaña de una escucha activa.
- **Respetar los ritmos individuales:** cada miembro de la familia procesa la enfermedad de forma distinta. Es importante no imponer tiempos ni formas de afrontar la situación.
- **Buscar apoyo profesional cuando sea necesario.** La intervención de psicooncólogos/as puede facilitar el diálogo y ayudar a gestionar los conflictos emocionales.
- Recordar que, en ocasiones, **la familia entera necesita aprender nuevas formas de comunicarse.** No porque exista un problema previo, sino porque la situación es distinta y todos están intentando hacerlo lo mejor posible.

A continuación, aportamos algunas sugerencias para que puedas prestar apoyo práctico y emocional a tu familiar con cáncer y conseguir, entre todos, una dinámica familiar adecuada y positiva:

- **Demuéstrale que estás ahí** y que puede contar contigo.

- Avísale antes de hacer una visita **y sé comprensivo** si no puede atenderte.
- **No descuides el contacto físico.** Salúdale y despídete con una caricia o un beso.
- A veces son preferibles **visitas y llamadas** breves y frecuentes, en lugar de largas y esporádicas.
- **Hazle participe** de las conversaciones e intenta hablar de otros temas que sean de su interés, no siempre de la enfermedad.
- Ayúdale a **mantener un papel activo** en la familia pidiéndole consejo y haciéndole participe de la toma de decisiones.
- **No le mientas.**
- **Dale permiso para sentirse triste**, negativo o para estar en silencio si lo desea. También para llorar.
- No le presiones para que “luche” contra la enfermedad si no se siente con fuerzas. **El cáncer no es una guerra ni una batalla que haya que ganar.**
- **Ofrécete para ayudarle** con recados o resolviendo cuestiones prácticas.
- Lo que sienten los demás también te afecta y eso forma parte del proceso. **Aprender a hablar de ello** y a entenderlo como equipo hace que la carga sea más llevadera para todos.

“Acepté enseguida el diagnóstico pero hay algo que no depende tanto de ti, como son las reacciones de tu mujer e hijos. A eso le daba más importancia, y me daba más miedo el miedo de otros que el mío propio”

5. Relaciones y dinámicas sociales

Como hemos reflejado en capítulos anteriores, el diagnóstico de cáncer de próstata afecta a todas las áreas de la vida de la persona -personal, familiar, física, económica y laboral, entre otras- y teniendo también una gran afectación en su esfera social. **A raíz del diagnóstico, se producen cambios en la forma en que el paciente se relaciona con su entorno.**

Es posible que, tras el diagnóstico de cáncer, se reduzca la participación en actividades sociales, lúdicas o en encuentros con amistades debido a los efectos físicos de la enfermedad. Esto puede generar aislamiento y pérdida de redes de apoyo. A su vez, es posible que haya algunas personas que no sepan cómo acompañar en estos momentos.

Cuando hablamos de redes de apoyo, nos referimos al conjunto de personas y relaciones que nos conectan con nuestro entorno y que contribuyen a cubrir necesidades, ofrecer acompañamiento y evitar que vivamos en soledad los momentos difíciles. El diagnóstico activa la necesidad de apoyo externo, tanto informal (familia, amistades o personas del entorno) como formal (profesionales de la salud, asociaciones, servicios sociales, etc.).

Las redes sociales y comunitarias actúan como un soporte frente a la incertidumbre que genera el diagnóstico, creando vínculos que mejoran la calidad de vida de las personas. Estos apoyos pueden ser muy diversos: desde la panadera del barrio que acerca el pan a casa por las mañanas, la vecina que pregunta todas las mañanas cómo estoy o la asociación que mantiene contacto diario para brindar compañía y ánimo.

A continuación, te aportamos algunas sugerencias para prestar apoyo práctico si formas parte del entorno cercano de una persona con cáncer de próstata:

- **Hazle saber que estás disponible** para lo que necesite.
- **Anímale, en la medida de lo posible y sin invadir su espacio, a participar en actividades sociales** siempre que le apetezca.
- A veces, son preferibles las visitas y llamadas breves y frecuentes, en lugar de largas y esporádicas.
- **Incluye siempre a la persona en los planes** y deja que decida si desea participar.
- Si formas parte de su entorno y puedes apoyar de alguna otra forma, **pregunta siempre que tengas dudas**. Por ejemplo: ¿qué te parece si mañana te traigo el pan?

El cáncer no afecta únicamente a la persona, sino que también transforma las dinámicas con su entorno. Fortalecer las redes del paciente y su entorno es esencial.



07

DERECHOS, RECURSOS Y PRESTACIONES SOCIALES



En los capítulos anteriores has podido conocer con mayor detalle el cáncer de próstata y dispones de más información para afrontar las dificultades que hayan surgido a raíz del diagnóstico. Además de las dudas sobre la propia enfermedad, es habitual que surjan otras sobre qué recursos están a tu disposición o cuáles son tus derechos.

El objetivo de este capítulo es ofrecerte orientación e información sobre distintos derechos y recursos para ayudarte a participar con más información en las decisiones relacionadas con tu salud.

1. Derecho a la información

La información facilita la toma de decisiones y permite ajustar las expectativas sobre la enfermedad y lo que cabe esperar de ella. Por ello, es muy importante que conozcas tus derechos en el acceso a la información y que, al mismo tiempo, des importancia al cuidado de la comunicación con el personal sanitario. Son tus aliados y, por tanto, conviene construir un marco de confianza mutua basado en una información adecuada, que te permita comprender tu enfermedad y conocer las opciones terapéuticas para tomar decisiones junto con el equipo médico.

A continuación, te explicamos cuáles son tus **derechos respecto a la información sobre tu salud**, regulados en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y te ofrecemos una serie de recomendaciones para que las tengas en cuenta en la relación que mantienes con el personal sanitario de tu hospital:

- **El paciente tiene derecho a conocer la información relativa a su proceso de enfermedad**, y el profesional sanitario, el deber de proporcionarla. Como titular de esa información, el paciente puede incluso indicar qué aspectos desea que se comuniquen (y cuáles no) a sus familiares.
- **La mayoría de las veces recibirás la información de forma verbal** y esta deberá incluir, como mínimo, la finalidad y naturaleza de cada intervención, así como sus riesgos, consecuencias y contraindicaciones. Sin embargo, tal y como establece la Ley 41/2002, “se prestará **por escrito en los casos siguientes**: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”. En estas situaciones, se requerirá tu consentimiento informado por escrito. Hablamos de este derecho en el siguiente apartado de este capítulo.
- La ley no solo contempla la obligación de informar al paciente, sino también la forma en que debe proporcionarse para asegurar su comprensión. Por ejemplo, establece que ha de ser **comprensible**. La jerga médica o la falta de tiempo no ayudan, por lo que es importante que, si no has entendido algo, se lo hagas saber al médico. De igual forma, conviene que consultes fuentes de información rigurosas, como la guía que tienes en tus manos.
- El paciente tiene derecho a acceder a la **documentación de su historial clínico**. Si lo deseas, puedes obtener una copia de

los informes. Por norma general, el centro debe responder a tu solicitud en un plazo máximo de un mes (prorrogable en algunos casos). Sin embargo, en la actualidad, además de la copia en papel, también puedes acceder directamente a la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud a través de tu Carpeta Ciudadana. En este espacio virtual también podrás consultar aquellos trámites que hayas realizado para la gestión de la discapacidad o la dependencia.

- **La información es un derecho, pero no una imposición para el paciente.** Si hay algún aspecto del proceso que no quieras conocer (pronóstico, evolución de la enfermedad, posibles complicaciones...), comunícaselo a tu equipo médico para que lo tenga en cuenta. Esta decisión quedará reflejada en la historia clínica, de modo que todo el equipo pueda respetar tus deseos. En estos casos, es recomendable designar a una persona de confianza para que sea ella la que reciba la información. Lo más recomendable es que elijas a la que habitualmente te acompaña a las consultas.
- **El rol del familiar y de las personas allegadas** es muy importante en la comunicación con el equipo sanitario. Lo idóneo es que haya una persona que acompañe al paciente a las visitas hospitalarias, no solo para ofrecerle soporte emocional, sino también para intercambiar con él percepciones sobre la información recibida, aportarle su punto de vista cuando deba tomar decisiones y servirle de apoyo en la comunicación que mantiene con el profesional sanitario. No obstante, es fundamental que el familiar sepa que la facultad de tomar decisiones corresponde únicamente al paciente, salvo algunas excepciones contempladas en la ley.
- Debemos evitar la **“conspiración del silencio”**. Este concepto hace referencia al pacto entre la familia y el personal sanitario para ocultar al paciente su situación o distorsionar la información al respecto, con el propósito de evitarle un sufrimiento adicional o porque creen que no va a comprenderla. Tal decisión interfiere con el derecho del paciente a la información. Además, la comunicación es fundamental para garantizar la confianza entre el equipo sanitario, el paciente y la familia. Ocultar o falsear la información puede situar al paciente en una situación de indefensión, aislamiento y falta de confianza en el equipo médico. Ante el temor de que determinada información pueda afectar al paciente, es preferible preguntarle con anterioridad qué es lo que preferiría no saber y adecuarse a sus deseos.
- La comunicación va más allá de la transmisión de información del médico al paciente. **No dudes en preguntar todo lo que te preocupe** o quieras saber y comparte con tu médico aquellos síntomas o dificultades que hayas experimentado desde la última visita. Aprovecha cuanto puedas tu tiempo en la consulta planteando, en primer lugar, las cuestiones más prioritarias para ti. No te vayas con dudas. Si la visita no pudiera prolongarse, dile que hay más preguntas o comentarios que te gustaría hacerle, para que valore si es preferible hablar un rato más, darte otra cita o derivarte a otro profesional. Y, por último, no le ocultes información relevante o le mientas por temor a su reacción. Es importante que tu médico reciba la información más completa y veraz posible por tu parte.

- **Acompáñate de tu equipo sanitario.** Podrán ofrecerte apoyo, cuidado y educación sanitaria. Pueden resolverte dudas relacionadas con tu bienestar y ofrecerte consejos prácticos para que tu calidad de vida mejore.
- El equipo sanitario es tu aliado, aunque en ocasiones la relación pueda resultar incómoda o producirse una confrontación. El respeto debe ser mutuo y la confianza dependerá tanto del paciente como del profesional, además de otros factores como el tiempo limitado en consulta o el estrés, que pueden dificultar la comunicación. Ante posibles discordancias, procura no interpretarlas como algo personal e intenta aclarar el origen del malentendido. La construcción de **una relación basada en el respeto y la confianza es una responsabilidad compartida.** Si no te sientes a gusto, recuerda que tienes derecho a cambiar de profesional.

Por otro lado, la Ley 41/2002 también contempla el **derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles** y los requisitos de acceso a ellos.

¿Sabrías decir cuáles son los profesionales que están a tu disposición en tu hospital? Conocer los recursos y servicios disponibles, así como quién es quién durante el itinerario asistencial, te ayudará a comprender qué puedes esperar de cada profesional, qué tipo de apoyo pueden ofrecer y qué dudas pueden resolver. Por ello, te animamos a preguntar en tu hospital (al equipo sanitario o al Servicio de Atención al Paciente) qué servicios están a tu disposición y a qué profesionales puedes recurrir.

Son muchos los profesionales sanitarios que trabajan en el hospital: médicos de diferentes especialidades (como urología, oncología médica y radioterápica, endocrinología...), de enfermería,



psicología, fisioterapia, trabajo social y farmacia hospitalaria, entre otros. Trabajan conjuntamente para ofrecerte una atención sanitaria coordinada e integral, que contempla las variables físicas, psicológicas y sociales. Es posible que algunos de estos perfiles profesionales no intervengan directamente en tu caso concreto. Esto se debe a que su participación será mayor o menor en función de distintos criterios clínicos (fase de la enfermedad, tratamiento, secuelas o efectos secundarios, entre otros), así como de las necesidades psicológicas o sociales.

Cada área tiene una especialidad concreta y la suma de todas ellas permite dar respuesta a todas las necesidades que vayan surgiendo. Por ello, es muy importante que compartas con el equipo sanitario cualquier cambio o dificultad que tengas durante este proceso.

2. Participación en la toma de decisiones

La noticia del diagnóstico suele vivirse como un jarro de agua fría. De un día para otro, puedes verte inmerso en un itinerario asistencial que incluye pruebas médicas, consultas, tratamientos y diversos trámites administrativos.

La carga emocional y la falta de información hacen que, en muchos casos, las decisiones sobre el tratamiento se deleguen en el equipo médico. Esto puede suceder incluso tiempo después del diagnóstico y es comprensible, ya que el equipo médico cuenta con el conocimiento y la experiencia necesarios para proponer lo que considera más adecuado en cada momento. No obstante, tu opinión es fundamental, puesto que cada persona tiene prioridades diferentes y valora su bienestar de manera distinta. Por ello, a

continuación, te informamos de algunos derechos que están a tu disposición y que permiten que puedas participar en las decisiones, en la medida que desees, y que tu opinión sea tenida en cuenta.

- **Consentimiento informado.** Cualquier actuación sanitaria que recibas requiere de tu consentimiento, que debe otorgarse de forma libre y voluntaria, es decir, sin presiones ni coacciones. Tendemos a pensar que el consentimiento informado está ligado a un documento escrito que debemos firmar, pero este derecho es mucho más amplio. Por ello, conviene aclarar dos mitos que suelen asociarse a él.

En primer lugar, el consentimiento informado no debe considerarse un acto aislado, sino un proceso de información y diálogo en el cual el paciente es consciente y comprende la información que recibe y otorga su consentimiento de forma reflexionada. Así lo recoge la Ley 41/2002, que vincula el consentimiento con el derecho a recibir información suficiente que permita al paciente valorar las opciones disponibles.

Por otro lado, esta conformidad no siempre se da por escrito. Es más, lo habitual es que el paciente consienta verbalmente durante las conversaciones que mantiene con los profesionales sanitarios que lo atienden. De ahí la importancia de la comunicación con el equipo asistencial de la que hemos hablado en el apartado anterior.

El consentimiento escrito será necesario en caso de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y en cualquier otra actuación que

comporte riesgos para tu salud. Revisar el contenido del documento de consentimiento informado es muy importante para valorar la idoneidad de cada uno de ellos. Aunque creas que no tienes conocimiento suficiente para valorarlo, es conveniente que lo leas y resuelvas las dudas que tengas. Llévatelo a casa si quieres tomarte tu tiempo para ello.

- **Segunda opinión médica.** Es un derecho que te corresponde y te permite conocer cómo otro médico especialista valora tu diagnóstico o el tratamiento del cáncer de próstata.

Como norma general, es un derecho que solo puede ejercerse una vez para el mismo proceso asistencial y la valoración se realizará en función de informes y pruebas ya realizadas. Normalmente solo se harán pruebas cuando se considere que no hay suficiente información para fundamentar una opinión profesional.

En otro tiempo hubo cierta resistencia a solicitarla, por el temor a ocasionar malestar al profesional que atendía al paciente y afectar a la relación entre ambos. Sin embargo, hoy en día, es un procedimiento habitual que permite contrastar una información que es prioritaria para nuestra salud y afrontar el proceso asistencial con mayor control y seguridad. Si tienes interés, te animamos a que comentes esta posibilidad con tu médico, quien conoce bien este recurso e incluso puede sugerirte otro profesional para que solicites esta segunda opinión.

En el sistema público, este derecho está regulado a nivel autonómico, por lo que existen diferencias en el acceso y

el procedimiento en función de cada territorio. Por ello, es recomendable que acudas al Servicio de Atención al Paciente o Usuario de tu centro hospitalario para obtener más información al respecto.

- **Voluntades anticipadas / Instrucciones previas.** Este derecho permite manifestar, por escrito y de forma anticipada, tu voluntad en relación con los cuidados y el tratamiento, para que se cumplan en caso de que no puedas expresarlos personalmente (por ejemplo, si estás inconsciente o incapacitado). Puedes incluir en el documento el nombre de una persona representante, que será tu interlocutor en esas circunstancias y se asegurará de que tus deseos se cumplan. De igual forma, puedes reflejar tus preferencias sobre el destino de tu cuerpo u órganos en caso de fallecimiento, incluyendo tu deseo de donarlos si así lo decides.

Todo lo expresado en el documento de Instrucciones Previas debe ser respetado tanto por tus familiares como por el equipo médico y sanitario. Por ello, es conveniente hablar previamente con tus seres queridos, para que sean conscientes de su existencia y puedan comprender y respetar tu postura.

Existen modelos de documento de Instrucciones Previas que puedes utilizar. Consúltalo en la Unidad de Atención al Paciente o Usuario de tu hospital o en las páginas web de las consejerías de sanidad autonómicas, ya que existen diferencias entre las distintas comunidades. Una vez completado este documento, te recomendamos que lo

compartas con tu médico para asegurarte de que se incluya en la historia clínica, y también con tu familia, especialmente con la persona designada como representante, para que conozcan tus preferencias y puedas resolver cualquier duda.

- **Eutanasia.** Este derecho permite acogerte a la prestación de ayuda para morir en caso de tener una enfermedad grave e incurable, o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, que ocasione un sufrimiento severo, siempre que esté certificado mediante un informe médico.

La eutanasia forma parte de tu derecho a la autonomía y la toma de decisiones, si bien se deben cumplir una serie de requisitos y procedimientos, cuyo propósito es garantizar que es una decisión informada y reflexionada.

En una situación clínica en la que no puedas dar tu consentimiento directamente, pero tengas instrucciones previas que reflejen claramente tu voluntad de solicitar la eutanasia, el equipo médico o un familiar podrán presentar la solicitud en tu nombre, adjuntando este documento.

3. Derechos de ámbito laboral

El diagnóstico de un cáncer de próstata afecta con mayor frecuencia a personas mayores de 65 años, por lo que es habitual que estén en una situación de jubilación. Sin embargo, un porcentaje importante de pacientes recibe el diagnóstico en edades más jóvenes y se produce cuando están trabajando. En estos casos, es normal preocuparse por cómo conciliar la esfera laboral y económica con la

nueva situación ocasionada por el cáncer de próstata.

Las exigencias médicas, las visitas hospitalarias, los tratamientos y los efectos secundarios pueden dificultar continuar trabajando o mantener el rendimiento profesional. Por ello, en la ley se regulan las incapacidades laborales. Esta hace referencia a la situación en la que la capacidad laboral se ve reducida como consecuencia de una enfermedad o un accidente. Para paliar la consiguiente pérdida de ingresos, se contempla el acceso a un conjunto de prestaciones, cuyo reconocimiento y cuantía dependen de diversos factores, entre ellos las cotizaciones previas al Sistema de la Seguridad Social, el estado de salud, la profesión desempeñada y la situación laboral.

Lo más frecuente tras el diagnóstico de un cáncer de próstata es comenzar con una **incapacidad laboral temporal**, conocida popularmente como “baja” y se otorga cuando la persona se encuentra en un proceso de asistencia sanitaria o recuperación médica.

Durante el tiempo en que estés de baja, recibirás una prestación económica equivalente al 60 % de la base reguladora desde el día 4 al 20 inclusive, y del 75 % desde el día 21 en adelante. Recibirás el alta cuando tu equipo médico valore que tu situación clínica y de salud es compatible e idónea con el desempeño de tu trabajo. El plazo máximo de la incapacidad temporal es de un año, tras lo cual el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) hará una evaluación y resolverá por una de las siguientes decisiones:

- Renovar la incapacidad temporal por un periodo máximo de

seis meses, si se estima que durante este tiempo se producirá una mejoría y recibirás el alta médica

- Iniciar un expediente de incapacidad laboral permanente
- Dar de alta médica

La incapacidad permanente se otorga cuando se considera que existen limitaciones que afectan o anulan la capacidad laboral y se prevé que continuará durante mucho tiempo. Existen dos tipos principales de incapacidad permanente: total y absoluta.

La **incapacidad permanente total para la profesión habitual** se reconoce cuando no es posible realizar todas las tareas propias de tu profesión, o al menos las fundamentales, pero sí desempeñar otras actividades laborales. La cuantía es del 55 % de la base reguladora y es compatible con el desempeño de actividad profesional, siempre y cuando no corresponda a la profesión habitual. Esta cuantía se verá incrementada en un 20 % en caso de tener una edad superior a los 55 años y con especial dificultad para obtener un empleo en una profesión distinta a la habitual.

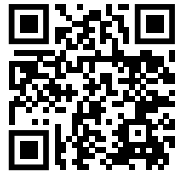
Por otro lado, la **incapacidad permanente absoluta para todo trabajo** se concede cuando la persona está inhabilitada para ejercer cualquier profesión. En este caso, otorga el derecho a recibir una prestación del 100 % de la base reguladora, si bien no es compatible con el desempeño de una actividad profesional. Aun así, la legislación sí que deja abierta la posibilidad a realizar determinados trabajos, pero requieren la autorización previa de la Seguridad Social.

Ten en cuenta que esta información hace referencia al Régimen General de la Seguridad Social y que, incluso para personas incluidas en este régimen, puede haber mejoras de las condiciones, en función del convenio colectivo correspondiente. Te animamos a visitar la página web de la Seguridad Social para acceder a información más detallada.

Otro escenario que queremos abordar es el de las personas con cáncer de próstata que desean **continuar con su actividad profesional** tras el diagnóstico o **volver al trabajo** después de una incapacidad laboral, siempre que el estado de salud lo permita. En estos casos, quizá te preocupe cómo conciliar el trabajo con tu salud y las visitas médicas. A continuación, resolvemos cuatro dudas comunes que pueden surgir en el ámbito laboral:

- ¿Qué puedo hacer si tengo dificultades para cumplir con las responsabilidades laborales?

Los efectos secundarios de los tratamientos o las secuelas de la enfermedad pueden afectar a tu rendimiento y dificultar el desempeño de tu puesto de trabajo. Es habitual que esto sea temporal, pero en caso de que continúe a lo largo del tiempo, quizá convenga solicitar un reconocimiento médico en el trabajo, en el que se valoren tu situación clínica y la aptitud laboral, y se especifiquen las posibles limitaciones que presentas para realizar tus tareas habituales. Tras esta valoración, se pueden considerar adaptaciones en el trabajo, tal y como se establece en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.



Si quieres tener más información, te invitamos a ver el seminario online “Hablemos de cáncer y aspectos legales”, realizado por Fundación MÁS QUE IDEAS.

- ¿Puedo ausentarme de mi trabajo para acudir a una prueba o consulta?

Ir a consulta médica en horario laboral no está regulado como un permiso retribuido en el Estatuto de los Trabajadores, si bien es algo que aparece en muchos convenios colectivos. Si tu convenio no lo contempla, quizá convenga llegar a un acuerdo verbal con tu empresa para poder faltar al trabajo puntualmente o negociar que puedas compensar las horas en otro momento. La complicitad de algunas empresas ayuda a solventar estas situaciones.

A pesar de no hacer mención específica a la ausencia por motivos médicos, el Estatuto de los Trabajadores sí que señala

que la persona trabajadora, previo aviso y justificación, podrá ausentarse del trabajo con derecho a remuneración el tiempo indispensable para el cumplimiento de un deber inexcusable de carácter público y personal.

- ¿En qué consiste el derecho a ausentarse por causa de fuerza mayor?

Este derecho aplica cuando no puedas acudir o continuar en tu puesto de trabajo por motivos urgentes relacionados con familiares o personas convivientes, como una enfermedad o accidente que hagan indispensable tu presencia inmediata. Es decir, no aplicaría a tu enfermedad, sino a la de un ser querido. En este caso, tendrías derecho a que sean retribuidas estas horas de ausencia equivalentes a cuatro días al año.

- ¿Qué opciones tengo a mi disposición para conciliar mejor mi trabajo con las exigencias de mi enfermedad?

Te invitamos a revisar en detalle el Estatuto de los Trabajadores, así como tu convenio colectivo (en caso de haberlo) y tu contrato de trabajo. Los días de asuntos propios, así como los de vacaciones, son empleados por muchas personas para conciliar mejor su vida personal y sus necesidades de salud con la del trabajo.

Los días de asuntos propios son jornadas en las que puedas ausentarte del trabajo por motivos personales sin necesidad de justificarlo, pero debes saber que no están contemplados en el Estatuto de los Trabajadores, por lo que su disfrute depende de que estén incluidos en tu convenio colectivo, contrato de trabajo

o acuerdo con la empresa. La solicitud debe hacerse por escrito y con antelación, y la empresa puede rechazar la solicitud, pero con justificación.

En cuanto a las vacaciones, tanto si tienes una jornada completa como parcial, tienes derecho a un mínimo de treinta días naturales de vacaciones al año. En caso de trabajos inferiores al año natural, se reduce el número de días de forma proporcional. El número de días está pactado en el convenio colectivo o el contrato de trabajo.

El periodo de vacaciones se establece de mutuo acuerdo con la empresa, siguiendo lo establecido en el convenio colectivo (en caso de existir). Si no hubiera convenio o este no lo recogiera, el calendario de vacaciones será establecido por la empresa, si bien se deberá informar de las fechas al menos dos meses antes de su comienzo. Sin embargo, en la mayoría de los casos es posible llegar a un acuerdo con la empresa para poder elegir las fechas deseadas, al menos dentro de un periodo anual concreto.



4. Derecho al olvido oncológico

El olvido oncológico garantiza que, después de un tiempo determinado desde el alta médica o la remisión de la enfermedad, **no se discrimine a las personas supervivientes de cáncer por razón de su historial médico**, a la hora de contratar seguros y/o productos financieros, ya sea mediante la denegación de la cobertura o el aumento de las primas.

El derecho al olvido oncológico **aplica a personas que han superado un cáncer y han transcurrido cinco años desde la fecha de finalización del “tratamiento radical”** (con intención curativa), sin recaída posterior. Incluye pacientes que se encuentran libres de enfermedad, aunque continúen en tratamiento adyuvante preventivo. En cambio, este derecho no resulta aplicable a las personas con enfermedad oncológica crónica, en aquellos casos en los que no se prevé la remisión del cáncer o cuando es necesario mantener un tratamiento sistémico de carácter crónico.

Es habitual que surjan dudas al respecto. Por ello, a continuación, se recogen las **preguntas más frecuentes relacionadas con este derecho**, publicadas por el Ministerio de Sanidad, y presentadas aquí de forma resumida.

¿Qué se considera “tratamiento radical”?

Según la ley, se entiende por tratamiento radical aquel que se aplica con intención curativa para eliminar el cáncer. Puede incluir cirugía, quimioterapia u otras terapias administradas de forma individual o combinada.

¿Qué se entiende por tratamiento o terapia adyuvante?

Hace referencia al tratamiento complementario que se administra después del tratamiento principal con el propósito de disminuir el riesgo de que el cáncer vuelva.

¿Es obligatorio informar sobre un cáncer superado hace más de cinco años?

No, no es obligatorio. De hecho, solicitar esta información podría considerarse un tratamiento ilícito de datos según el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD).

¿Qué ocurre en caso de recaída después de contratar un seguro?

Si la recaída ocurre mientras el contrato está en vigor, no hay obligación de declararla. Sin embargo, la aseguradora podría oponerse a la prórroga del contrato en determinados casos.

¿El derecho al olvido oncológico aplica a cualquier tipo de seguro?

Sí, aplica a cualquier tipo de seguro en el que el tomador tenga la condición de consumidor. Por ejemplo: seguros de vida, seguros de salud privados, de accidentes, de protección de pagos, entre otros.

¿Qué hacer si se presentan dificultades para contratar o renovar un seguro?

Se recomienda presentar una consulta o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

5. Prestaciones y servicios de ámbito social y económico

El diagnóstico de un cáncer de próstata es el punto de partida de situaciones difíciles para las que no siempre estamos preparados y, si a ello le añades las dificultades económicas o sociales, el escenario puede volverse mucho más complejo. El cáncer de próstata no solo implica un impacto físico y emocional sino también diversas necesidades sociales y económicas.

De manera general, no existen ayudas por el hecho de atravesar un proceso de cáncer como tal. El reconocimiento o concesión de ayudas sociales depende de diferentes variables y están destinadas a colectivos poblacionales que experimentan situaciones de vulnerabilidad socioeconómica.

En función de las circunstancias individuales, se pueden acceder a diversas prestaciones y recursos entre los que se incluyen:

A. DISCAPACIDAD

La discapacidad hace referencia a **limitaciones físicas, psíquicas, intelectuales o sensoriales a largo plazo que**

pueden impedir la participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. Tener cáncer de próstata no implica automáticamente estar en situación de discapacidad. Se considera que una persona tiene discapacidad cuando su grado de discapacidad es igual o superior al 33 %. El porcentaje de discapacidad se calcula tomando como base el baremo establecido por el Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, en el que se recogen y clasifican las distintas limitaciones que puedes tener.

En función del grado de discapacidad y la comunidad autónoma, la persona tendrá acceso a diferentes servicios y prestaciones, tales como beneficios fiscales, acceso a medidas de fomento del empleo o a centros de apoyo, entre otros.

Para solicitar el reconocimiento de la discapacidad y la determinación de su grado, puedes acudir a tu centro de servicios sociales, o a los Centros de Valoración y Orientación.

B. DEPENDENCIA

El reconocimiento de una situación de dependencia se produce cuando la persona presenta un **estado permanente de falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, y requiere asistencia para actividades básicas de la vida diaria** (cuidado personal, tareas domésticas, actividades sencillas, etc.). Es decir, en este caso las limitaciones no solo afectan a la participación efectiva en la sociedad, sino que dificultan la realización de actividades esenciales.

Al igual que sucede con el reconocimiento de la discapacidad, existe un baremo común que es empleado para determinar el grado de dependencia. Este puede ser dependencia moderada, severa o gran dependencia.

La solicitud de este reconocimiento se realiza a través del centro de servicios sociales. Al ser una competencia autonómica, las prestaciones y los servicios dependen del grado de dependencia y también del lugar de residencia. De forma general, estas prestaciones incluyen: ayuda a domicilio, teleasistencia, atención residencial, centros de día o de noche, prestación económica vinculada al servicio, prestación económica para personas cuidadoras no profesionales y prestación económica de asistencia personal.

C. AYUDAS ECONÓMICAS

Existen ayudas de tipo económico dirigidas a personas con ingresos reducidos, tales como Ingreso Mínimo Vital (IMV), renta social básica o prestación de emergencia social. Puedes solicitar más información en tu centro de servicios sociales.

D. MATERIAL ORTOPROTÉSICO

En ocasiones, las personas con cáncer pueden precisar, puntual o permanentemente, de algún tipo de material o producto de apoyo como consecuencia de una merma en la movilidad, estar encamado mucho tiempo, secuelas físicas tras operaciones o tratamientos, entre otras. Por ejemplo, se pueden necesitar:

silla de ruedas, muletas o andadores o prendas de comprensión para tratar un linfedema.

Debes saber que el Sistema Nacional de Salud cubre algunas de estas necesidades dentro de su cartera de servicios; asimismo, también se ofrecen subvenciones o copagos para la adquisición de otros. Para aquellos recursos subvencionados, necesitarás presentar una solicitud de reembolso de gastos por adquisición de material acompañada de una prescripción médica de un profesional de la sanidad pública. En caso de aceptar la solicitud, el ingreso económico se produce tras la compra, por lo que es necesario conservar la factura.

La cuantía puede diferir en función del catálogo de material disponible de la Seguridad Social, la comunidad autónoma, los ingresos de la persona solicitante y el tipo de material.

E. TRANSPORTE SANITARIO

El cáncer de próstata conlleva diferentes tratamientos que pueden ocasionar limitaciones físicas y efectos secundarios derivados de los tratamientos, que dificultan el desplazamiento de las personas con cáncer por sus propios medios al hospital para recibir tratamiento y/o acudir a consulta.

Por norma general, el transporte sanitario no urgente incluido en la Cartera del Sistema Nacional de Salud se concede cuando una persona, por causas exclusivamente clínicas, no puede utilizar el transporte público o medios convencionales para

llegar al centro sanitario donde va a recibir tratamiento y tiene como objetivo el facilitar el traslado sin la necesidad de una ambulancia de emergencia.

Para solicitar el servicio de traslado al hospital para recibir tratamiento es necesario contar con la prescripción médica del especialista que justifique la imposibilidad del paciente de acudir al hospital por sus propios medios.

F. AYUDAS PARA EL DESPLAZAMIENTO O ALOJAMIENTO

Estas ayudas se otorgan en los casos en los que el tratamiento se recibe fuera del lugar de residencia. Según el tipo de recurso, se pueden solicitar estas ayudas en distintos organismos:

- » Servicios sociales y ayuntamientos: organismos públicos que atienden las necesidades sociales relacionadas con la autonomía personal, el bienestar y la inclusión social. En estos organismos se evalúa la viabilidad de las ayudas y prestaciones, se interviene en diferentes situaciones de necesidad social de la población y los equipos de trabajo social desempeñan funciones de información, orientación, valoración, asesoramiento y apoyo sobre prestaciones y servicios.
- » Unidad de trabajo social del hospital (ámbito: atención especializada): estas unidades ofrecen información sobre recursos y prestaciones disponibles e informan sobre los trámites administrativos necesarios y los

requisitos para acceder a ellos.

- » Unidad de trabajo social de atención primaria (ámbito comunitario): estas unidades realizan la valoración social del contexto familiar, gestionan ayudas relacionadas con la dependencia y la discapacidad, entre otras, y coordinan sus acciones con los servicios sociales municipales.
- » Entidades del Tercer Sector: organizaciones como Cruz Roja, la Asociación Española Contra el Cáncer, y otras ONG, orientadas a atender las necesidades sociales y a mejorar la calidad de vida de las personas en situación de vulnerabilidad.



RECURSOS
INFORMATIVOS
ADICIONALES

A continuación, te mostramos varios recursos informativos impulsados por la Fundación MÁS QUE IDEAS para profundizar en las cuestiones incluidas en el manual y mejorar tu calidad de vida.



Vídeo “Ejercicio físico para mejorar la calidad de vida”

Conoce qué ejercicios son idóneos para mejorar tu calidad de vida. En este vídeo te mostramos cómo hacer ejercicios de calentamiento, resistencia, fuerza y flexibilidad adaptados a tu situación. El contenido de este vídeo ha sido elaborado gracias a la participación de Soraya Casla (Doctora en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte).



Vídeo “Ejercicios de rehabilitación para prevenir y abordar el linfedema”

En este vídeo te mostramos ejercicios sencillos que te serán útiles si tienes linfedema. También te servirá si no tienes linfedema ya que te ayudará a prevenir su aparición. El contenido de este vídeo ha sido elaborado gracias a la participación de Ángela Río (fisioterapeuta).





Vídeo “Ejercicios de fisioterapia para las alteraciones urinarias y sexuales”

Los ejercicios de este vídeo te ayudarán a hacer frente a las alteraciones urinarias o sexuales. En este vídeo aprenderás a ejercitar la musculatura del suelo pélvico y del transverso del abdomen. El contenido de este vídeo ha sido elaborado con la participación de Virginia Prieto Gómez (fisioterapeuta) y Esther Delgado Pérez (fisioterapeuta).



Seminario online “Alteraciones urinarias tras el diagnóstico del cáncer de próstata”

Este seminario te ayudará a entender por qué se producen las alteraciones urinarias y de qué forma se pueden abordar. Este seminario fue impartido por Juan Vicente García Cardoso (urólogo) y Rosanna Mirapeix (psicooncóloga y oncosexóloga).



Seminario online “Alteraciones sexuales tras el diagnóstico del cáncer de próstata”

Seminario *online* que te ayudará a comprender las causas de las alteraciones sexuales y a conocer de qué forma se pueden abordar. Este seminario fue impartido por Carlos Simón (urólogo) y Rosanna Mirapeix (psicooncóloga y oncosexóloga).





Ciclo de seminarios *online* “Hablemos de cáncer y...”

Este ciclo de información y apoyo tiene como propósito ofrecer información acerca de cuestiones prioritarias para las personas afectadas por un cáncer. Tienes a tu disposición 27 seminarios *online* sobre aspectos como la alimentación, el ejercicio, la sexualidad, los efectos secundarios, la radioterapia, la investigación, las emociones, las terapias celulares, etc.



Vídeo de resultados del informe “Cáncer de próstata en primera persona”

En este vídeo te explicamos las principales conclusiones de un grupo de trabajo que realizamos con personas con cáncer de próstata. En pocos minutos conocerás las principales necesidades reportadas, así como las propuestas de soluciones y mejoras en la atención asistencial.





GLOSARIO



- **Actividad aeróbica:** ejercicio físico que necesita oxígeno para su realización (aeróbico significa “con oxígeno”). Ejemplo: andar, pedalear...
- **Adenocarcinoma:** adeno es un prefijo que significa “glándula”. El adenocarcinoma es un tumor que aparece en las células glandulares que revisten algunos órganos.
- **Adherencia:** en medicina se refiere a la unión que se produce de modo accidental en algunas partes del cuerpo que deben estar separadas; es una unión anormal entre órganos o tejidos contiguos.
- **Adrenérgico:** adjetivo usado en medicina y farmacología para referirse a la adrenalina, llamada de forma generalizada epinefrina. Se dice de lo que es activado transmitido por la adrenalina o noradrenalina y de la terminación nerviosa en la que el impulso nervioso se transmite mediante la liberación de adrenalina y noradrenalina.
- **Anticolinérgico:** los anticolinérgicos son sustancias, naturales o sintetizadas, que actúan inhibiendo la actividad de la acetilcolina en el sistema nervioso central y periférico. El más conocido de todos estos fármacos es la atropina. Actúan bloqueando alguno de los receptores de la acetilcolina y son de dos tipos: muscarínicos y nicotínicos. Se utilizan fundamentalmente por su acción sobre el sistema nervioso periférico.
- **Antígeno:** sustancia que, introducida en un organismo animal, es capaz de estimular la formación de anticuerpos y reaccionar específicamente con ellos.
- **Biofeedback:** técnica que permite aprender a controlar las funciones fisiológicas del paciente para mejorar su salud, tanto física como psíquica, y su calidad de vida. Mediante estimulación electroterapéutica, el paciente es entrenado para mejorar su salud usando señales de su propio cuerpo. Se utiliza a menudo como una técnica de relajación.
- **Biomarcadores:** indicadores biológicos para medir una respuesta o estado biológico.
- **Castración:** uso de medicamentos destinados a suprimir el funcionamiento de los testículos o los ovarios.
- **Células natural killer:** son un tipo de linfocitos que eliminan de forma espontánea células tumorales y células infectadas por diferentes patógenos.
- **Circadiano:** se llama ciclo circadiano al reloj biológico que posee el organismo humano y que le permite adaptarse a los diversos cambios ambientales y horarios, así como regular, entre otros, el ciclo noche- vigilia. Es un ritmo que se repite cada 24 horas e influye notablemente en nuestros hábitos de sueño y descanso. El reloj circadiano es el responsable de generar las oscilaciones de los procesos biológicos de forma coordinada con el ciclo día-noche y los cambios de luz y temperatura asociados a él. El ciclo celular, por su parte, se encarga de la división y el crecimiento de las células. Si el ciclo celular no funciona correctamente, los efectos en los organismos son dramáticos: el caso más conocido es el desarrollo de cáncer.

- **Deprivación androgénica:** tratamiento para suprimir o bloquear la producción o la acción de las hormonas masculinas.
- **Diabetes mellitus (DM):** conjunto de trastornos metabólicos cuya característica común principal es la presencia de concentraciones elevadas de glucosa en la sangre de manera persistente o crónica.
- **Fuerza isométrica:** tiene lugar cuando la fuerza que se ejerce sobre un cuerpo no produce el movimiento de este, es decir, la resistencia a dicha fuerza no implica movimiento alguno y el cuerpo permanece estático, sin movimiento. Ejemplo: empujar una pared.
- **Ejercicios de propiocepción:** la propiocepción es la capacidad de sentir la posición relativa de las partes de nuestro cuerpo. La función de estos ejercicios es lograr el control del equilibrio, la coordinación de ambos lados del cuerpo y el mantenimiento del nivel de alerta del sistema nervioso.
- **Esfera cognitiva:** el estudio de la personalidad abarca las esferas cognitiva, afectiva, física y social, todas ellas interrelacionadas. En la esfera cognitiva existe una estrecha interrelación entre los términos: inteligencia, conocimientos, aptitudes, hábitos y habilidades.
- **Esfínter:** músculo en forma de anillo que abre y cierra el orificio de una cavidad del cuerpo por donde se expulsa o retiene alguna secreción.
- **Fibrosis:** formación patológica del tejido fibroso de un órgano del cuerpo.
- **Fosfatasa alcalina o de la enzima lactato deshidrogenasa (LDH):** son un grupo de enzimas que segregan nuestro organismo. Conocer su variación es útil para detectar enfermedades.
- **Hiperplasia:** excesiva multiplicación de células normales en un órgano o en un tejido.
- **Metástasis:** propagación del cáncer a un órgano distinto de aquel en que se inició.
- **Neuropatía:** enfermedad del sistema nervioso que produce dolor, adormecimiento, cosquilleo, hinchazón y debilidad muscular en distintas partes del cuerpo.
- **Osteoporosis:** fragilidad de los huesos producida por su descalcificación, con formación de poros y disminución de la densidad ósea.
- **Periné o suelo pélvico:** también conocido como perineo; corresponde a la región anatómica existente entre el orificio anal y la zona genital.
- **Prevalencia:** en epidemiología, proporción de personas que tienen una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.
- **Prostatectomía:** cirugía para extirpar total o parcialmente la próstata y parte del tejido que la rodea.

- **PSA:** antígeno prostático específico, proteína elaborada por la próstata que se encuentra en la sangre.
- **Radiación ionizante:** cualquiera de los varios tipos de partículas y rayos emitidos por material radiactivo, equipos de alto voltaje, reacciones nucleares y también por las estrellas. Los más importantes para la salud son las partículas alfa y beta, los rayos X y los rayos gamma. Los rayos X y los gamma son tipos de radiación electromagnética.
- **Sarcomas:** tipo de cáncer que empieza en el hueso o en los tejidos blandos del cuerpo, como el cartílago, la grasa, los músculos, los vasos sanguíneos, el tejido fibroso u otro tejido conjuntivo o de sostén. Los diferentes tipos de sarcoma dependen del lugar donde se forma el cáncer. Por ejemplo, el osteosarcoma se inicia en los huesos, el liposarcoma en la grasa y el rabdomiosarcoma en el músculo.
- **Sonda vesical:** tubo muy fino que se utiliza para ayudar en la expulsión de la orina.
- **Suelo pélvico:** es un conjunto de músculos y ligamentos que cierran la cavidad abdominal en su parte inferior. Su función es sostener los órganos pélvicos (vejiga y uretra, útero y vagina, y recto) en la posición adecuada, porque de ello depende su normal funcionamiento.
- **Tonificación:** la tonificación muscular está relacionada, como su propio nombre indica, con el tono de un músculo, es decir, la dureza de dicho músculo cuando está en reposo. Un músculo






siempre se tonifica con el ejercicio, pero cada persona posee su propio tono muscular y, además, existe un tono máximo para cada músculo, por lo que una vez alcanzado ese límite estará plenamente tonificado. En definitiva, tonificar un músculo es ejercitarlo para fortalecerlo y que esté lo más duro posible en posición relajada, sin hacer esfuerzo.

- **Vascularización:** forma en que los vasos se distribuyen en un determinado órgano. Frecuentemente se usa la expresión “mejorar la vascularización” para referirse a la mejora del riego sanguíneo.



ORGANIZACIONES PARTICIPANTES



-  fundacionmasqueideas
-  @fundacionmqi_
-  Fundación MÁS QUE IDEAS
-  @FundacionMQI
-  MásqueideasFundación

Fundación MÁS QUE IDEAS es una organización independiente y sin ánimo de lucro con un propósito claro: que las personas seamos protagonistas de nuestra salud.

Generamos información y conocimiento para facilitar la toma de decisiones de manera autónoma y consciente, y por tanto, tomar el control de nuestro proceso de salud con el apoyo de los equipos sanitarios que nos atienden. Para ello, trabajamos en red con otras organizaciones científicas, sanitarias, de pacientes y civiles para conocer las necesidades de las personas a través de proyectos de investigación social y, así, poder dar respuestas a las mismas con acciones educativas, de apoyo y concienciación.

Nuestra vocación es acompañar y dar apoyo a las personas que convivimos con una enfermedad. Además, trabajamos en otras áreas como la divulgación científica, la promoción de hábitos saludables en la población y la humanización del sistema sanitario.

 www.fundacionmasqueideas.org

 lasideasde@fundacionmasqueideas.org

LA PARTICIPACIÓN DE LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES Y DE LOS AUTORES COMO REPRESENTANTES DE LAS MISMAS, HA PERMITIDO REUNIR EN ESTA GUÍA INFORMACIÓN DE CALIDAD DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS PROFESIONALES





Asociación Española Contra el Cáncer www.aecc.es

Organización no lucrativa, privada y declarada de utilidad pública que lleva 65 años trabajando contra esta enfermedad y que atiende anualmente a más de 400.000 personas. La AECC integra a pacientes, familiares, personas voluntarias y profesionales que trabajan unidos para prevenir, sensibilizar, acompañar a las personas afectadas y financiar proyectos de investigación oncológica que permitirán un mejor diagnóstico y tratamiento del cáncer. A día de hoy, es la entidad social y privada que más fondos destina a investigar el cáncer en España.

Pone a disposición de pacientes y familiares: servicios de asesoramiento, atención psicológica y apoyo social a través de 52 delegaciones provinciales y del teléfono gratuito INFOCÁNCER: 900 100 036 (24 horas x 7 días), y contribuye al análisis de la realidad del cáncer en España a través de su Observatorio del Cáncer.



Asociación Española de Linfedema y Lipedema (AEL) www.aelinfedema.org

Asociación de profesionales especializados en linfedema en España, de la que pueden formar parte sanitarios (médicos, fisioterapeutas, enfermeros, podólogos, psicólogos, nutricionistas...) profesionales de la actividad física y el deporte y personas voluntarias (pacientes, familiares, estudiantes...). Su principal objetivo es que el paciente tenga acceso a tratamientos de máxima calidad y a información científica contrastada y veraz. Realizan formación a profesionales. Buscan sensibilizar sobre la existencia del linfedema, para ayudar a prevenirlo o tratarlo si ya existe, fomentar la investigación, poner en conocimiento de todos las últimas novedades relacionadas con linfedema, lipedema y patología veno-linfática.



Academia Española de Nutrición y Dietética (AEND) www.academianutricionydietetica.org

La Academia Española de Nutrición y Dietética es una institución que representa los intereses científicos de la nutrición humana y dietética de los profesionales de la nutrición y la salud de este país, otorgándole el máximo reconocimiento científico y público en España.

La Academia promueve una nutrición y dietética basada en la evidencia y la revisión, estudio y posicionamiento científico de la Nutrición Humana, Dietética y Alimentación en ausencia de conflicto de intereses económicos.

La Academia tiene entre sus fines la divulgación de las ciencias de la Nutrición Humana, Dietética y Alimentación velando por los intereses generales de la población. La sección sobre hábitos saludables de alimentación ha sido revisada por el Grupo de Especialización en Nutrición Clínica y Dietética de la Academia.



Asociación Española de Urología (AEU) www.aeu.es

La Asociación Española de Urología (AEU) es una asociación científica fundada en 1911 que agrupa a los profesionales de la Urología en España. Se articula en Grupos de Trabajo especializados y tiene como misión fomentar la investigación, la docencia, el estudio de las afecciones urológicas y promover la excelencia en la atención al paciente. Con la Dra. Carmen González Enguita como primera mujer presidenta en su historia centenaria, la AEU inicia una nueva era marcada por la innovación y el compromiso social.



Asociación de Cáncer de Próstata (ANCAP) www.ancap.es

La Asociación de Cáncer de Próstata ANCAP no tiene ánimo de lucro y es de ámbito nacional. Trabajamos para concienciar a la población masculina de la importancia del diagnóstico precoz, mejorar la calidad de vida de los pacientes, que tengan acceso a la información más actualizada sobre su enfermedad, que conozcan las técnicas actualizadas de tratamientos posibles y sus consecuencias; facilitarles el derecho a una segunda opinión; animarles a participar en el proceso de toma de decisiones (informadas y compartidas); asegurarnos de que entienden su estado actual y su posible futuro; conseguirles una atención multiprofesional (psicológica, fisioterápica, sexológica); asegurarles el canal para que puedan compartir sus experiencias, sintiéndose miembros de un colectivo no excluyente.



Ejercicio y cáncer www.ejercicioycancer.es

Ejercicio y Cáncer es una iniciativa liderada por Soraya Casla, doctora en Ciencias de la Actividad Física y referente en ejercicio oncológico, que integra investigación, práctica clínica y formación para posicionar el ejercicio como herramienta terapéutica en cáncer.

El proyecto desarrolla programas personalizados basados en evidencia para mejorar la calidad de vida, la capacidad funcional y la recuperación de los pacientes. Su equipo multidisciplinar, formado por profesionales especializados en ejercicio y salud, trabaja en coordinación con el ámbito clínico para impulsar un modelo de intervención seguro, individualizado y alineado con la medicina actual.



Grupo Español de Oncología Genitourinaria (SOGUG) www.sogug.es

Asociación sin ánimo de lucro, que tiene como principales objetivos promover la investigación clínica y traslacional en este ámbito de la oncología, apoyar la formación de calidad de sus miembros, así como informar y sensibilizar a la población acerca de los tumores genitourinarios.

El grupo ha liderado ensayos multicéntricos en todas sus etapas, desde fase I a fase IV, en tumores prostáticos, de riñón y vejiga entre otros. Asimismo ha trabajado intensamente en el terreno de la investigación traslacional favoreciendo la interacción entre investigadores clínicos y básicos, como pilar para el progreso hacia la individualización de los tratamientos.



Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) www.seen.es

La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) es una sociedad científica compuesta principalmente por médicos especialistas en Endocrinología y Nutrición y por otros titulados del ámbito biomédico que trabajan en el campo de la Endocrinología, Diabetes, Nutrición y Metabolismo para profundizar en su conocimiento y difundirlo.

En la actualidad, la SEEN está formada por casi 2.600 miembros, todos ellos implicados en el estudio de las hormonas, el metabolismo y la nutrición. Está reconocida como una Sociedad Científica de referencia en estas áreas temáticas entre cuyos objetivos se encuentra la generación de nuevos conocimientos y su traslado a la atención clínica que conlleve mejoras en el diagnóstico y el tratamiento de aquellos pacientes con enfermedades endocrinológicas y/o nutricionales.



Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR)
www.seor.es · www.inforadioterapia.com

La Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR) es una asociación de derecho privado, de carácter científico, sin ánimo de lucro, que agrupa a más de mil facultativos especialistas españoles y extranjeros (incluyendo médicos en formación), cuyo trabajo se desarrolla fundamentalmente en el tratamiento del cáncer y otras enfermedades no neoplásicas. Para ello impulsa y desarrolla la investigación, actividades de formación y divulgación dirigida a sus socios, a los pacientes y a la sociedad. SEOR defiende la excelencia en el tratamiento del cáncer y la equidad en la atención al paciente oncológico.

¿CÓMO CONVIVIR CON EL CÁNCER DE PRÓSTATA?

Manual para
pacientes y
familiares

