

## GRUPO DE APOYO PARA PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA\*

FERNANDO PREMOLI\*\*

### Resumen

En el año 1998 se constituyó un grupo de apoyo abierto y de duración ilimitada para pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata. El mismo, coordinado por el urólogo tratante, se reunió cada 21 días en 168 oportunidades; 78 pacientes (66%) concurrieron por lo menos una vez. Esta experiencia, que no reconoce antecedentes locales, ha sido de gran utilidad para los pacientes, quienes han encontrado un espacio en el que pueden expresarse y ser escuchados por su médico tratante. Para el urólogo ha sido una importantísima ayuda que ha permitido el control periódico de sus pacientes, compartir y aclarar sus inquietudes como así también sus dudas y temores respecto a la enfermedad. Recientemente se ha constituido un sub-grupo de actividad física que se reúne dos veces por semana.

**Palabras clave:** grupos de apoyo; cáncer; próstata

### SUPPORT GROUP FOR PATIENTS WITH PROSTATE CANCER

#### Summary

*In 1998 a support group for patients with prostate cancer was initiated. Under the control of an urologist, 168 meetings (one every 3 weeks) took place; 78 patients (66%) attended at least once. This unique local experience has been extremely valuable for patients, who had the chance to meet regularly and share their concerns; they also had a useful opportunity to keep in touch with the doctor in charge, and share doubts and fears concerning their disease. A complementary physical activity group has recently been organized.*

**Key words:** prostate cancer; support groups

### INTRODUCCIÓN

Hace varios años y como respuesta a la necesidad de los pacientes por obtener más y mejor información sobre sus padecimientos, brindar contención y promover el intercambio de experiencias, vivencias, angustias y dudas se han formado en distintas partes del mundo, especialmente en EUA, grupos de ayuda para personas con la misma o múltiples patologías. Habitualmente la actividad de los grupos se desarrolla bajo dos modalidades: a) un sistema cerrado y de duración limitada en el que coordinadores y pacientes se reúnen un tiempo previamente determinado, no estando permitido ni el retiro del grupo ni el ingreso de nuevos participantes, y b) un sistema abierto,

sin límite de finalización, en el que los integrantes no tienen formalmente comprometida su asistencia y se permite la incorporación de nuevos integrantes. De acuerdo a las características de cada grupo las reuniones se efectúan en forma semanal, quincenal o mensual, siendo una condición común –en todos los casos– la prohibición de difundir fuera del mismo tanto la identidad como información relacionada con los integrantes.

Últimamente y a través de Internet se ha difundido enorme cantidad de información sobre distintas patologías y, para el caso particular del cáncer de próstata (CaP), los sitios han sido consultados por más del 25% de los pacientes.<sup>1,2</sup> Asimismo, grupos de autoayuda como *US*

\* Capítulo del trabajo *Cáncer de Próstata – Enfoque Terapéutico Integral 1995-2007*, que mereció Mención especial del Jurado del Premio Círculo Médico de Rosario 2007.

\*\* Urólogo. Dirección postal: Ituzaingó 640, (2000) Rosario, SF, Argentina. Correo electrónico: fernandopremoli@argentina.com

TOO auspiciado por la *American Foundation for Urologic Disease* y los grupos *Man to Man* promovidos por la *American Cancer Society* y con los lemas *Un sobreviviente informado es un paciente informado* y *Aprendiendo a convivir con la enfermedad a través de la información y la esperanza*, reúnen pacientes, familiares, profesionales médicos, psicólogos y otros, que intercambian información, asesoran y brindan ayuda.<sup>3</sup> En los grupos presenciales de autoayuda la coordinación se realiza en forma rotativa por uno o varios emergentes del grupo, siendo en algunos casos observado, con o sin participación, por psicólogos, asistentes sociales, enfermeros y otros profesionales. En otras ocasiones los coordinadores son enfermeros y psicólogos, quienes detectan la necesidad de apoyo emocional para sobrellevar la enfermedad.<sup>4</sup> Algunos grupos cuentan con el auspicio de instituciones médicas (hospitales, fundaciones, etc.) que derivan pacientes con cáncer como complemento de los tratamientos oncológicos.

Los primeros grupos de autoayuda en pacientes con cáncer se realizaron entre mujeres con neoplasias de mama. En mujeres con cáncer de mama metastático, Spiegel y col. encontraron 40% de sobrevida a los 5 años y 8% a los 10 años después de 4 años de tratamiento tradicional más tratamiento grupal, *versus* ninguna sobrevida en las que sólo recibieron terapéutica tradicional.<sup>5</sup> Estos resultados fueron posteriormente cuestionados por Fox, lo que reforzó la idea de que ante la controversia es necesario desarrollar estudios controlados para dilucidar el rol de la actividad grupal en el tratamiento oncológico.<sup>6</sup> A su vez, en un meta-análisis en el que se analizaron ocho publicaciones, se determinó que en 3 de ellas había relación directa entre sobrevida e intervención psicoterapéutica, mientras que 5 no pudieron comprobarla.<sup>7</sup> Otras publicaciones refieren resultados parecidos en mujeres con cáncer de mama, contrastando con la falta de publicaciones referidas al hombre y el cáncer de próstata. Esta falta se origina, según Volkers, en diferencias de género y comportamiento de mujeres y hombres ante la enfermedad. Habitualmente, y desde temprana edad, la mujer realiza controles periódicos y supera con facilidad los cambios, si bien temporarios, que embarazos y partos producen sobre su salud y bienestar. Esta experiencia previa y la facilidad para comunicarse y solicitar ayuda las coloca en mejores condiciones para enfrentar situaciones que amenacen su vida. Asimismo, en su escala de valores de calidad de vida se encuentran en los primeros lugares el bienestar psicosocial y la capacidad física, a diferencia de los hombres para quienes lo más importante son los recursos personales y la vitalidad.<sup>8</sup>

Es muy frecuente que, a diferencia de las mujeres,

los hombres con cáncer rechacen la invitación a participar en un grupo de autoayuda, pero cuando lo hacen tienen buena asistencia. Los motivos para concurrir son similares en mujeres y hombres, a saber: aprender más de su enfermedad, compartir sus preocupaciones y comparar su estado físico y emocional con otros pacientes.<sup>9</sup>

Los grupos de autoayuda *on line* han puesto al alcance del hombre un método que le permite manejar sus dificultades originadas por la masculinidad y, en el caso del CaP, le habilita a compartir cierta intimidad sin los “peligros” de un encuentro frente a frente. Esta forma de comunicación no es aceptada por todos los pacientes, que la cuestionan; ni por algunos médicos, que la rechazan ante la posibilidad de que la información pueda resultar una amenaza a su *status* de experto y cuestione el control de la decisión terapéutica.<sup>10</sup>

Aprovechando los antecedentes del autor en la coordinación de grupos terapéuticos,<sup>11</sup> sumado a su participación personal en distintos grupos operativos y terapéuticos, se constituyó en enero de 1998 el primer grupo para pacientes con CaP. Esta experiencia utilizó como marco teórico referencial los trabajos de Blejer<sup>12</sup> y Balint<sup>13</sup> y no reconoce antecedentes en el país.

Los nuevos tratamientos han extendido a más de 5 años la sobrevida en el 64% de todos los casos de cáncer,<sup>14</sup> haciendo necesario ampliar el enfoque terapéutico y adecuarlo para una prolongada evolución. La difusión del PSA ha provocado la aparición de casos de CaP que por su bajo grado de malignidad sobrevivirán largo tiempo. Teniendo en cuenta estos datos y ante la comprobación que la actividad física grupal asociada a cambios en el estilo de vida ha resultado de gran utilidad en mujeres con cáncer de mama,<sup>14-17</sup> se decidió formar en febrero de 2007 un sub-grupo de actividad física. Este sub-grupo integrado por concurrentes al grupo de apoyo se reúne dos veces por semana para realizar ejercicio físico bajo la dirección de un profesor de educación física. La actividad física produce, entre otras cosas, modificaciones subjetivas sobre la sensación de bienestar general y humor y cambios demostrables en tensión arterial, peso, frecuencia cardíaca, mejor elasticidad y mayor resistencia a los esfuerzos.

Recientemente se amplió el espectro de los beneficios de la actividad física al comprobar su efecto sobre el envejecimiento. En un estudio en 25 sujetos sanos (hombres y mujeres) mayores de 65 años, se investigó la expresión genética tisular antes y después de seis meses del ejercicio físico. Al compararla con la de hombres y mujeres sanas de 20 a 35 años se halló que en los adultos mayores la función mitocondrial estaba disminuida y que con la práctica del ejercicio físico se revertía a niveles similares a

los de los jóvenes. Asimismo se comprobó que antes del ejercicio los mayores eran 59% más débiles que los menores, cifra que descendió a 38% al finalizar el ensayo. Este efecto sobre las mitocondrias, consideradas “la reserva del poder de las células”, muestra que el ejercicio actúa no sólo sobre factores subjetivos y objetivos sino también en la intimidad de la célula muscular sobre el proceso de envejecimiento.<sup>18</sup>

## OBJETIVOS

- Organizar un grupo de pacientes con diagnóstico de CaP: abierto, de duración ilimitada y que reunido periódicamente intercambie todo tipo de información relacionada con la enfermedad bajo la supervisión y asesoramiento de un coordinador.

- Proporcionar al médico tratante un medio para el control cercano de la evolución de sus pacientes que facilite, en caso de necesidad, una intervención oportuna.

## PACIENTES Y MÉTODO

El grupo se inició en enero 1998 con 11 pacientes con CaP tratados desde 1997 con estrógenos transdérmicos escrotales (ETE) incorporándose posteriormente otros (estado físico  $\leq 2$  de la escala ECOG<sup>16</sup>) que concurrieron por lo menos una vez al consultorio del autor sin tratamiento, con tratamiento en curso o suspendido o con algún tratamiento local previo.

Setenta y ocho pacientes de  $68,5 \pm 7,5$  años y estado físico  $0,5 \pm 0,8$ <sup>17</sup> concurrieron al grupo entre 1 y 95 veces. El tratamiento que anteriormente habían recibido, estaban recibiendo o iniciaron en el momento de inclusión al grupo fue: ETE 28, ETEI 27, vigilancia activa 11, PRL 3, radioterapia 3, ETE más ácido zoledrónico 2, PR 1, no registrado 3. El PSA al ingreso varió entre 0,1 a 4.200 ng/ml. El estadio clínico en 74: T1c 33, B1 8, B2 9, D1 1, D2 6, D3 17; otros 4 recibieron radioterapia, 1 cursando una recidiva bioquímica (**Tabla I**).

Desde enero de 1998 hasta febrero de 2007 se efectuaron 168 reuniones de 1 hora de duración cada 21 días en el auditorio de un instituto médico. En la **Tabla II** se pueden observar el número de reuniones del grupo de ayuda y los pacientes que ingresaron al mismo por año (1998-2007).

La concurrencia al grupo se evaluó teniendo en cuenta el número de asistencias y el número de reuniones, considerando las ausencias definitivas como abandono. Para el cómputo se descartó: las ausencias posteriores al retiro voluntario, a los que asistieron a una sola reunión y se considera no incorporados y a quienes por razones de distancia concurrieron rara vez.

El trabajo grupal no fue arancelado teniendo en cuenta la capacidad económica de algunos de los concurrentes y como una forma de evitar obstáculos para la concurrencia. Por otra parte el lugar de reunión fue cedido sin cargo. Los controles clínicos periódicos se arancelan de acuerdo a las posibilidades económicas al igual que las determinaciones bioquímicas que en ciertos casos son cubiertas por el paciente (algunos de escasos recursos), en otras oportunidades por su obra social o prepaga, en otras con la colaboración de la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (LALCEC) filial Rosario, y en muchas otras entre el autor y el laboratorio bioquímico de referencia. Con alguna frecuencia se invitó a las reuniones grupales a una especialista en nutrición para referirse a cáncer y dieta y al profesor de educación física para evaluar los resultados del grupo de actividad física.

## RESULTADOS

Los resultados de este trabajo pueden dividirse en: fenómenos observables y subjetivos. De los primeros, el único evaluable es la asistencia a las reuniones que varió entre 8 y 100%, ( $66 \pm 25$ ), cifra muy aceptable de pertenencia grupal. No ha sido posible determinar objetivamente el efecto o repercusión que tuvo el grupo sobre la sobrevida y/o evolución. De los concurrentes 39 se encuentran vivos, 33 fallecieron (24 CaP, 1 IAM, 1 cáncer de páncreas, 1 accidente, 6 por causa desconocida), y en 6 se desconoce la evolución. Subjetivamente fue posible observar el ambiente atento, respetuoso y la complacencia por los encuentros que resultó de gran ayuda sobre todo para quienes al evolucionar desfavorablemente se deterioraron con el avance de la enfermedad. La sugerencia de una consulta individual inmediata siguió a la percepción por parte del coordinador de alguna anomalía en la evolución de algún integrante. El sub-grupo de actividad física se reunió dos veces por semana con la asistencia de alrededor de diez concurrentes. Este encuentro ha facilitado la socialización de los pacientes que se han integrado en un ambiente de camaradería y solidaridad que se refleja en la actitud hacia quienes, por razones de su enfermedad o patologías preexistentes, tienen alguna disminución en su capacidad física.

## DISCUSIÓN

Este trabajo extendido a lo largo de diez años, y que en conocimiento del autor no reconoce antecedentes en nuestro país, ha sido de gran utilidad para los pacientes y una muy eficaz ayuda para el urólogo. El paciente sabe que cada 21 días tiene un encuentro con su médico y los integrantes del grupo y que, durante la reunión, puede

Tabla I

n°	n°	fecha	edad	estadio	Tx	estado	caus	asistencia	%
general	grupo	inicio	inicio	inicio	inicio	evolucion	obito	grupo	asistencia
CaP	apoyo	grupo	grupo	grupo	grupo				
1	1	ene-98	82	D3	ETE	óbito	CaP	1 año 5 m aban	75
2	2	ene-98	75	B2	ETEI	óbito	CaP	3 años 5 m	85
3	3	ene-98	72	B2	ETE	?		4 años aban	87
4	4	ene-98	72	B2	ETE	óbito	CaP	1 año 3 m aban	96
5	5	ene-98	73	B2	ETE	óbito	?	10 meses	54
6	6	ene-98	75	T1c	ETE	óbito	?	1 año 2 m	90
7	7	ene-98	61	B1	ETEI	óbito	CaP	8 años aban	66
9	8	ene-98	86	B1	ETEI	óbito	?	3 años 10 m aba	82
12	9	ene-98	74	B1	ETEI	óbito	CaP	2 meses aban	37
13	10	ene-98	78	D3	ETE	óbito	CaP	1 año	88
14	11	ene-98	79	B1	ETEI	óbito	?	7 años	77
16	12	feb-98	87	B2	ETEI	óbito	?	1 año 10 m aban	100
17	13	mar-98	74	D3	ETE	óbito	CaP	1 año 8 m	65
21	14	nov-98	67	D3	ETE	óbito	CaP	3 meses aban	88
22	15	nov-98	71	T1c	ETE	?		1 año 2 m aban	96
23	16	mar-99	60	D1	ETEI	vivo		8 años 3 m	38
27	17	ene-00	79	B2	ETEI	vivo		7 años 5 m	88
29	18	ago-99	68	T1c	ETE	óbito	CaP	1 año 5 m aban	62
30	19	oct-99	63	T1c	ETE	?		7 meses aban	60
31	20	nov-99	82	D3	ETE	óbito	CaP	7 meses aban	78
32	21	sep-99	73	D 2	ETE	óbito	CaP	6 meses aban	50
38	22	nov-99	75	B2	ETEI	óbito	Panc	4 años 6 m	62
40	23	jun-00	68	D3	ETE	óbito	CaP	1 año 1 m	77
41	24	ago-00	61	D2	ETE	óbito	CaP	10 meses	83
42	25	nov-00	73	D2	ETE	óbito	CaP	1 vez aban	n/c
43	26	feb-00	61	T1c	ETEI	vivo		7 años 3 m	70
44	27	may-01	56	D2	ETE	óbito	CaP	6 meses aban	80
46	28	ago-01	74	D2	ETE	óbito	CaP	3 meses aban	25
47	29	ago-01	67	T1c	ETE	?		1 vez aban	n/c
48	30	sep-01	72	D3	ETE	óbito	CaP	1 año 2m aban	40
49	31	sep-01	70	T1c	VA	vivo		5 años 8 m	89
52	32	ago-02	64	D3	ETE	óbito	CaP	5 meses aban	46
53	33	mar-03	58	R-Rx	ETEI	vivo		1 vez	n/c
54	34	abr-04	66	D3	ETE	óbito	?	4 meses	37
56	35	ago-03	58	D3	ETE	óbito	CaP	2 años aban	55
57	36	dic-03	67	T1c	ETEI	vivo		2 años 6 m	30
60	37	dic-03	69	T1c	ETEI	vivo		3 años 6 m	30
61	38	abr-04	66	T1c	ETEI	óbito	Acc	1 año 1 mes	18
62	39	jul-04	72	D3	ETE	óbito	CaP	11 m aban	64
63	40	jul-04	70	T1c	VA	vivo		2 años 10 m	92
64	41	jul-04	63	T1c	VA	vivo		2 años 10 m	86
66	42	ago-04	57	D3	ETE	óbito	CaP	2 m aban	66
67	43	ago-04	62	T1c	ETEI	vivo		2 años 9 m	57
68	44	oct-04	77	T1c	ETEI	vivo		2 años 7m	96
69	45	oct-04	59	T1c	ETEI	vivo		2 años 7 m	83
71	46	dic-04	79	D3	ETE	óbito	CaP	1 año 5 m aban	75
72	47	dic-04	77	D3	ETEI	vivo		2 años 6 m	43

n°	n°	fecha	edad	estadio	Tx	estado	caus	asistencia	%
general	grupo	inicio	inicio	inicio	inicio	evolución	óbito	grupo	asistencia
CaP	apoyo	grupo	grupo	grupo	grupo				
74	48	abr-07	59	T1c	PRL	vivo		1 vez	n/c
75	49	mar-05	81	T1c	?	?		2 meses aban	n/c
77	50	jun-05	75	T1c	PR	vivo		2 años	93
78	51	jul-05	76	T1c	VA	vivo		1 año 10 m	50
79	52	ago-05	66	D3	ETE	óbito	CaP	4 meses aban	41
80	53	ago-05	69	B1	ETEI	vivo		1 año 10 m	60
81	54	sep-05	75	B1	ETEI	vivo		1 año 9 m	60
82	55	jul-06	76	T1c	PRL	vivo		11 meses	60
84	56	dic-05	75	D3	ETE	óbito	CaP	6 meses aban	100
85	57	dic-05	67	B2	ETEI	vivo		1 año 6 m	100
86	58	dic-05	74	T1c	ETEI	vivo		1 año 6 m	66
87	59	ene-06	67	B1	ETEI	vivo		1 año 5 m	92
88	60	ene-06	66	T1c	?	?		1 vez aban	100
90	61	abr-06	75	T1c	?	vivo		1 vez aban	n/c
91	62	may-06	67	T1c	VA	vivo		1 año	70
93	63	jul-06	67	T1c	VA	vivo		10 meses	50
94	64	ago-06	62	T1c	PRL	vivo		9 meses	40
96	65	sep-06	62	T1c	VA	vivo		8 meses	40
97	66	sep-06	69	T1c	ETEI	vivo		8 meses	85
98	67	sep-06	58	post RX	RX	vivo		8 meses	35
99	68	oct-06	64	post RX	RX	vivo		1 mes aban	n/c
100	69	oct-06	62	D3	ETE+ZI	vivo		8 meses	20
101	70	dic-06	62	T1c	VA	óbito	IAM	3 meses	40
102	71	dic-06	63	T1c	VA	vivo		6 meses	70
59	72	dic-06	66	B2	ETEI	vivo		1 vez	n/c
104	73	ene-07	64	T1c	ETEI	vivo		5 meses	90
105	74	ene-07	76	post RX	RX	vivo		5 meses	13
106	75	feb-07	58	D2	ETE+ZI	vivo		4 meses	100
107	76	mar-07	49	T1c	VA	vivo		3 meses	33
108	77	dic-06	66	B1	ETEI	vivo		6 meses	66
110	78	feb-07	58	T1c	VA	vivo		4 meses	100

Tabla II. Número de reuniones e ingresos por año

Año	N° de reuniones	Pacientes ingresantes
1998	17	15
1999	19	6
2000	20	5
2001	21	5
2002	16	1
2003	16	4
2004	17	11
2005	16	9
2006	19	16
2007	7	6

comunicar las dudas o problemas que lo estén afectando. El coordinador comienza la reunión preguntando en forma individual a cada uno de los presentes sobre su estado y evolución, de manera de obtener información de todos. Los nuevos integrantes son invitados a relatar su caso después que algunos de los concurrentes habituales han informado su situación. En general reciben preguntas sobre su condición y se los alienta a seguir concurriendo.

Un tema tratado en casi todas las reuniones es la actividad sexual y su posible alteración por el bloqueo hormonal. Los pacientes que se hallan en período *off* del tratamiento hormonal intermitente relatan su experiencia con la recuperación de las erecciones luego de la suspensión del estrógeno, circunstancia que tranquiliza y esti-

mula a los que están en período *on*. El sildenafil o drogas vasoactivas son recursos utilizados para solucionar el problema eréctil. Otro tema de debate es qué táctica utilizar ante el desprendimiento del parche escrotal durante el baño o el ejercicio físico. Cuando algún paciente en estado avanzado de la enfermedad refiere cambios desfavorables en su evolución siempre recibe atenta y respetuosa escucha, aliento y comprensión. Su ausencia a las siguientes reuniones parece ignorada por aparente desinterés sobre su evolución hasta que algún integrante pregunta por él, y si el coordinador conoce su fallecimiento lo informa produciéndose un momento de silencio, y cuando se reanuda la conversación el tema es averiguar si “murió de/por la próstata” o por otra causa. Si efectivamente falleció por CaP el comentario habitual es: “vino tarde al grupo, la enfermedad estaba muy avanzada”, eventualidad esta última muy frecuente. El valor que los pacientes dan a las reuniones grupales se refleja por sus comentarios durante las visitas individuales de control periódico, el estricto cumplimiento del horario de las reuniones y el excelente índice de asistencia.

El grupo habilita al paciente no sólo a comparar con

otros el avance, pausa o vivencia de ciertos tratamientos, sino que cumple una función fundamental: le permite escuchar multiplicidad de voces que, a través de los otros, le permiten descentrar la palabra del médico y ubicarse como protagonista activo de su proceso de enfermedad y cura. Esta eventualidad posibilitó que, en ocasiones, pacientes aún en etapa de decisión terapéutica descartaran un tratamiento después de escuchar sus posibles efectos sobre la calidad de vida.

Para el urólogo el grupo es una importantísima ayuda. El encuentro cada 21 días con la mayoría de los pacientes le permite mantener un control muy cercano. Como la concurrencia oscila alrededor de 15-20 asistentes que rotan por razones coyunturales, son muy pocos los que quedan sin seguimiento más de 2-3 meses. Asimismo puede incluir pacientes aún en estudio antes de la propuesta terapéutica, habilitándolo para comparar su situación con otros pacientes en parecida o igual situación. En la faz estrictamente personal la experiencia grupal ha resultado sumamente satisfactoria en dos sentidos: por un lado un enriquecimiento en la labor profesional al permitirle el intercambio, diálogo y permanente reflexión sobre la



**UAI**  
Excelencia Académica Reconocida Nacional e Internacionalmente  
Reconocida Internacionalmente por la acreditadora COAIE (Washington, USA)  
Miembro de la Asociación Universitaria Iberoamericana de Posgrado

**Universidad Abierta  
Interamericana**



---

Profesionales formados con perfil científico, que sustentan con responsabilidad, sus posibilidades de prevenir, diagnosticar y rehabilitar al ser humano. Vinculados al arte, ligados a la salud, con sólida preparación en cuanto a las dimensiones biopsicosociales del hombre.

---

**Lic. en Kinesiología y Fisiatría**  
**Lic. en Nutrición**  
**Lic. en Musicoterapia**  
**Lic. en Psicología**  
**Lic. en Terapia Ocupacional**  
**Lic. en Producción de Bioimágenes**  
**Medicina** -Acreditada por CONEAU- Res. 945/05 (Rosario)  
-Acreditada por CONEAU- Res. 697/04 (Buenos Aires)  
**Odontología**  
**Instrumentación Quirúrgica Universitaria**  
**Tecnicatura Universitaria en Prótesis Dental**

**VALORES y CIENCIAS**  
para **APRENDER a APRENDER CRÍTICA, CREATIVAMENTE**  
y **CRECER** como **PERSONAS y PROFESIONALES**  
*...tu futuro es nuestro compromiso*

---

**SEDE ROSARIO**

SEDE ADMINISTRATIVA: Av. Pellegrini 1816 - Rosario - Tel: 0341-4408010-4477220/21

**SEDE BUENOS AIRES**

RECTORADO: Chacabuco 90 P. 1º Piso (C1069AAB) - Capital Federal - Tel./Fax: 4342-7788 (y rotativas)

[www.uai.edu.ar](http://www.uai.edu.ar)

DOCENTES DE ALTO PRESTIGIO ACADÉMICO

TÍTULOS INTERMEDIOS DE 2 Y 3 AÑOS

PASANTÍAS LABORALES Y TRABAJOS DE CAMPO DESDE PRIMER AÑO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALTA COMPLEJIDAD



**uairosario@vaneduc.edu.ar**

práctica, terapéutica y metodología; y por otro ha resultado un campo propicio, avalado por años de experiencia, para demostrar la confluencia de la teoría, práctica y experiencia en continua realimentación como así también la transparencia de la labor profesional.

Como dato adicional y al solo efecto de confirmar la aceptación que ha tenido entre los pacientes con CaP el grupo de ayuda, sólo 32 de los 110 pacientes que integran la nómina general de esta comunicación (1995-2007) no asistieron en ninguna ocasión a la reunión grupal. La razón fue: en 15 imposibilidad física (estado físico  $\geq$  a 3 de la escala ECOG<sup>19</sup>) con estadio clínico D3; en 3 distancia del centro médico; en 5 abandono del tratamiento; en 4 desconocida o no propuesta; en 4 razones laborales y en 1 desconocida.

## CONCLUSIÓN

Esta experiencia, que no reconoce antecedentes locales, ha resultado de gran utilidad para los pacientes con cáncer de próstata, evidenciada por el alto índice de concurrencia a las reuniones en las que aclaran dudas sobre su tratamiento y evolución, compartiendo con los otros integrantes sus problemas e inquietudes. Para el urólogo coordinador ha resultado un complemento muy eficaz a la vez que facilitador de su labor, lo que le permite tener un control muy efectivo sobre la evolución de todos los pacientes que asisten. La incorporación de la actividad física como tarea grupal ha resultado una experiencia positiva tendiente a mejorar la calidad de vida.

## REFERENCIAS

- Smith J. "Internet patients" turn to support groups to guide medical decisions. *J Nat Cancer Inst Cancer Spectrum* 90:1695-7, 1998.
- Hellawell G, Turner K, Le-Monnier K, y col. *Urology and the Internet: an evaluation of Internet use by urology patients and of information available on urological topics*. *Br J Urol* 86:191-4, 2000.
- Kaps EC. *The role of the support group, "US TOO"*. *Cancer* 74:2188-9, 1994.
- Gregoire I, Kalogeropoulos D, Corcos J. *The effectiveness of a professionally led support group for men with prostate cancer*. *Urol Nurs* 17:58-66, 1997.
- Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, y col. *Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer*. *Lancet* 2:888-91, 1989.
- Fox BH. *A hypothesis about Spiegel et al's 1989 paper on psychosocial intervention and breast cancer survival*. *Psycho-Oncology* 7:361-70, 1998.
- Edelman S, Craig A, Kidman AD. *Can psychotherapy increase the survival time of cancer patients?* *J Psychosom Res* 49:149-56, 2000.
- Volkers N. *In coping with cancer, gender matters*. *J Nat Cancer Inst* 91:1712-4, 1999.
- Krizek C, Roberts C, Ragan R, y col. *Gender and cancer support group participation*. *Cancer Pract* 7:86-92, 1999.
- Broom A. *The eMale. Prostate cancer, masculinity and online support as a challenge to medical expertise*. *J Sociology* 41:87-104, 2005.
- Premoli F, Giménez R. Disfunciones sexuales - Su tratamiento mediante terapia grupal. Comunicación al 2º Simposio Internacional de Impotencia Sexual Masculina; Buenos Aires, 1983.
- Blejer J. *Psicología de la conducta*, 3ª edición. Paidós; Buenos Aires, 1974.
- Balint M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Libros Básicos; Buenos Aires, 1961.
- Demark-Wahnefried W, Aziz NM, Rowland JH, y col. *Riding the crest of the teachable moment: promoting long-term health after the diagnosis of cancer*. *J Clin Oncol* 23:5814-30, 2005.
- Ferrucci L, Izmirlian G, Leveille S, y col. *Smoking, physical activity, and active life expectancy*. *Am J Epidemiol* 149:645-53, 1999.
- Mutrie N, Campbell AM, Whyte F, y col. *Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer: pragmatic randomized controlled trial*. *BMJ* 334:517, 2007.
- Oldervoll LM, Kaasa S, Hjermstad MJ, y col. *Physical exercise results in the improved subjective well-being of a few or is effective rehabilitation for all cancer patients?* *Eur J Cancer* 40:951-62, 2004.
- Melov S, Tarnopolsky MA, Beckman K, y col. *Resistance exercise reverses aging in human skeletal muscle*. *PLoS ONE* 2:e465, 2007.
- Oken MM, Creech RH, Torney DC, y col. *Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group*. *Am J Clin Oncol* 5:649-55, 1982.