

Intervención psicosocial en paciente con cáncer de pene sometido a falectomía parcial: estudio de caso

Jessica N. Acevedo-Ibarra^{1,2*}, Dehisy M. Juárez-García¹ y Absalón Espinoza-Velazco²

¹Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León; ²Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) No. 25, Departamento de Oncología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional del Noreste. Monterrey, Nuevo León, México

Resumen

El cáncer de pene es una enfermedad agresiva con repercusiones psicológicas y sociales. Se presenta el caso de un hombre de 27 años de edad con diagnóstico de cáncer de pene. Se le proporcionaron siete sesiones de acompañamiento psicológico, en las cuales se logró que comprendiera su situación, reorganizara sus miedos y aceptara el tratamiento indicado. También se observó una disminución de la ansiedad antes y después de la cirugía con relación a su imagen corporal. El acompañamiento psicológico puede ayudar al paciente con cáncer de pene a afrontar las crisis que se presentan durante el diagnóstico y el tratamiento.

Palabras clave: Cáncer de pene. Acompañamiento psicológico. Ansiedad.

Psychosocial intervention in a patient with penile cancer that underwent a partial phallectomy: a case study

Abstract

Penile cancer is an aggressive disease with psychological and social repercussions. The case of a 27-year-old male patient diagnosed with penile cancer, who received 7 sessions of psychological counselling, is presented. In these sessions he was able to understand his situation, reorganize his fears and accept the designated treatment. A decrease in anxiety in relation to body image was also observed previous and post-surgery. Psychological counselling can help the penile cancer patient face the crises consequent in the diagnosis and treatment.

Key words: Penile cancer. Psychological counselling. Anxiety.

Introducción

El cáncer de pene es una enfermedad relativamente rara en la población occidental, cuya incidencia (que va de 0.5 a 1.6 por 100,000 hombres) ha ido aumentando poco a poco. En el mundo no occidental, la incidencia es mayor y puede llegar hasta el 10% de las enfermedades malignas en los hombres¹. Asimismo, en nuestro país se observa

que el cáncer de órganos digestivos (25%), el de órganos genitales (11%) y de órganos hematopoyéticos (10.6%) son las principales causas de morbilidad hospitalaria por neoplasias en la población de 20 años y más en 2013. De la misma manera, los tumores del sistema reproductor masculino se ubican como la tercera causa de mortalidad entre la población de 20 años y más en el mismo año, con 8.44 defunciones por cada 100 mil habitantes².

Correspondencia:

*Jessica N. Acevedo-Ibarra

E-mail: jessinoemiab@gmail.com

Fecha de recepción: 15-06-2018

Fecha de aceptación: 19-05-2019

DOI: 10.24875/j.gamo.19000137

Disponible en internet: 13-05-2020

Gac Mex Oncol. 2020;19(Suppl):19-23

www.gamo-smeo.com

2565-005X/© 2019 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

No obstante, aunque son pocos los estudios que se han centrado en el impacto psicosocial del cáncer de pene y en sus distintas modalidades de tratamiento³, estos muestran que es una enfermedad agresiva, con importantes repercusiones psicológicas y sociales que afectan la imagen corporal y la autoestima^{4,5}.

En una revisión sistemática se encontró que tanto los tratamientos conservadores como los radicales pueden tener un impacto en la función sexual, el bienestar psicológico y las interacciones sociales, así como conllevar un trastorno por estrés a consecuencia del impacto negativo presente. Asimismo, produce efectos negativos sobre el bienestar en hasta un 40%, con síntomas psiquiátricos en aproximadamente el 50% y signos de estrés en casi la misma proporción; además, hasta dos tercios de los pacientes informan una reducción en la función sexual⁵. Provoca una alteración en el sentido de la masculinidad del hombre, que influye en su percepción sobre sí mismo y en el afrontamiento de los desafíos postoperatorios^{3,6}.

En este sentido, la cirugía para el cáncer de pene afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes debido a que se considera mutilante^{5,7}.

Es por esto que generar conocimiento de cómo esta enfermedad afecta a los pacientes es fundamental para el desarrollo de un enfoque multidisciplinario y global durante el tratamiento⁵. Asimismo, los problemas planteados con anterioridad pueden dar lugar a intervenciones importantes.

Al respecto, la evidencia científica ha demostrado que la intervención psicosocial puede mejorar indicadores de adaptación psicológica, como la reducción de la ansiedad general y específica del cáncer⁸. Además, reducen el tiempo de hospitalización, la depresión y la ansiedad, y mejoran la calidad de vida de los pacientes⁹.

No obstante, se hace imposible establecer un tipo de intervención estándar debido a las características psicosociales de los pacientes, los tipos de cáncer, su evolución y tratamientos^{10,11}. Por lo cual se ha sugerido que la intervención psicológica se adapte individualmente a las preocupaciones del paciente¹².

Fernández, et al.¹³ encontraron que la intervención psicológica en paciente con cáncer se solicita cuando los niveles de estrés son superiores y cuando el deterioro de la calidad de vida es significativo durante las fases de la enfermedad. Por ello el número de sesiones puede variar de acuerdo con el motivo de consulta, considerando así la importancia de la atención psicológica en el paciente oncológico.

De esta manera, en general, las estrategias de intervención psicosocial utilizan el apoyo emocional, el apoyo

informativo-educacional y el apoyo instrumental o su combinación. El apoyo emocional consiste en expresar preocupaciones, molestias y sentimientos generados por la enfermedad, para reducir el malestar emocional¹⁰. Carl Rogers utilizó el término acompañamiento para describir la ayuda y el apoyo psicológico que se brinda a las personas desde una postura asistencial¹⁴.

En este sentido, el acompañamiento psicológico busca mejorar el bienestar de las personas, aliviar su angustia y desajustes, resolver las crisis y aumentar su capacidad para funcionar mejor en sus vidas, es decir, pone atención en problemas relacionados con las crisis de la vida y problemas asociados con trastornos físicos, emocionales y mentales. El tipo de intervenciones utilizadas en este enfoque pueden ser breves o de largo plazo, son específicas para los problemas y están dirigidas a las metas, centrándose en la prevención, desarrollo y el ajuste a lo largo de toda la vida. Los profesionales en el acompañamiento psicológico también tienen un enfoque en la psicología de la salud, dentro del cual ofrecen servicios de prevención y apoyo al ajuste y recuperación en las enfermedades, apoyo en el cambio de estilos de vida, así como afrontamiento psicológico a las enfermedades¹⁵.

Aunque el acompañamiento psicológico es una herramienta utilizada en el contexto de salud, principalmente en las áreas de consejo genético para los pacientes en riesgo de cáncer hereditario, en otras áreas del proceso de cáncer como en el diagnóstico y en el tratamiento hay poca información. Con relación a esto, Eardley y Palit¹⁶ destacan la importancia de conocer el impacto del cáncer de pene sobre la función sexual y la calidad de vida con el fin de preparar psicológicamente a los pacientes ante estas situaciones.

En este artículo se presenta un caso de un paciente con cirugía para cáncer de pene (falectomía parcial) y el acompañamiento psicológico que se le brindó durante su diagnóstico y tratamiento. Se comentan las sesiones y los beneficios observados.

Presentación del caso

Hombre de 27 años de edad, soltero sin hijos, preparatoria terminada, curso en «Ritmos latinos y danza». Hijo menor de tres, padres divorciados, actualmente familia monoparental, refiere adecuada relación con sus padres. Tabaquismo positivo desde los 17 años, consumo aproximado de 1 a 2 cigarros al día suspendido en febrero del 2016. Alcoholismo de tipo social suspendido desde febrero del 2016. Inicio de vida sexual activa a los 17 años, dos relaciones sentimentales previas de duración moderada. En la actualidad relación sentimental de

Tabla 1. Descripción de sesiones de acompañamiento psicológico

Sesión	Síntoma	Técnica de acompañamiento psicológico
1	Diagnóstico Incertidumbre sobre el futuro «¿Podré tener hijos?» «¿Podré casarme?» «¿Dejaré de ser hombre?» «¿Podré hacer lo que hacía antes?»	Revisión, comprensión, reorganización Participación familiar
2	Revisión de preoperatorios Miedo al procedimiento quirúrgico «¿Cuánto me van a quitar?» «¿Es el procedimiento correcto?»	Comprensión, reorganización y adaptación
3	Día previo al procedimiento quirúrgico Ansiedad «¿Cómo voy a salir de la cirugía?»	Reorganización, sugestión de relajación Relajación diafragmática y relajación profunda con conteo ¹²
4	Dos días posteriores al procedimiento quirúrgico Impacto de imagen corporal «Así no estaba yo»	Comprensión, reorganización y adaptación
5	Primera cita médica después del procedimiento quirúrgico Preocupación por fiebre	Revisión, psicoeducación
6	Segunda cita médica después del procedimiento quirúrgico Preocupación por aceptación de la pareja «Miedo a que me vea, miedo a no poder satisfacerla»	Comprensión, reorganización y adaptación Participación de pareja
7	Seguimiento Reanudación de actividades	Revisión, comprensión y adaptación

siete años de duración, en la cual hasta el momento no había tenido actividad sexual. El paciente refiere el deseo y planes de casarse.

Referido por su Hospital General de Zona, ya valorado por Oncología Quirúrgica, por iniciar padecimiento con fimosis y engrosamiento prepucial, progresivo de inicio indeciso. Posteriormente, aumento de volumen con dolor referido principalmente en prepucio. Se maneja como balanitis con antimicrobiano. Valorado por el Servicio de Urología, donde se realiza circuncisión por fimosis, con reporte histopatológico que indica carcinoma epidermoide bien diferenciado queratinizante a invasor con bordes quirúrgicos positivos. Se propone tratamiento radical, que el paciente no acepta. Se envía al Hospital de Especialidades n.º 25, Centro Médico Nacional del Noreste, para ser valorado por el Servicio de Oncología Quirúrgica con diagnóstico de cáncer epidermoide de pene. Se propone manejo quirúrgico con falectomía parcial más disección inguinal bilateral, el cual, después de aclarar dudas, acepta.

Después del procedimiento quirúrgico, el reporte histopatológico refiere carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante invasor, etapa clínica II.

Paciente que al momento de la confirmación del diagnóstico y tratamiento manifiesta crisis circunstancial y de ansiedad, confusión, miedo, ánimo decaído, llanto, baja autoestima, visión de túnel, pensamientos automáticos negativos acerca del futuro con relación

al diagnóstico y tratamiento, debido a los cambios en la imagen corporal y al estilo de vida.

Para la obtención de datos, al paciente se le aplicó una entrevista semiestructurada en la que además de datos generales se abordan aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento del cáncer y su evolución. También cuenta con un apartado específico para el área emocional sobre el impacto del diagnóstico y tratamiento en la calidad de vida, el manejo de emociones, pensamientos automáticos, afrontamiento y apoyo social.

Acompañamiento psicológico

Se realizaron siete sesiones en total, siendo la primera sesión de entrevista psicológica, historia clínica e intervención. Posteriormente se llevaron a cabo cinco sesiones de intervención psicológica y una sesión de seguimiento de acuerdo con las fechas de la consulta médica. La duración de las sesiones fue de 40 a 50 minutos, en función de las demandas y necesidades específicas del paciente en el contexto hospitalario (Tabla 1). El método utilizado principalmente fue el sintomático-sugestivo, que se centra en los síntomas del paciente acompañándole con técnicas, medidas o soluciones referentes a estos. Puede incluir tres momentos:

1. Tranquilizar, tiene la finalidad de que el paciente enfrente sus temores no fundamentados con el fin de

disminuir su tensión emocional y facilitar una visión más objetiva de la realidad.

2. Animar, el objetivo es que la imagen del miedo quede compensada por la imagen de sí mismo resaltando los elementos positivos.
3. Persuadir, se realiza por medio de la sugestión de ideas, sentimientos o creencias, también se utilizan técnicas de relajación.

En el acompañamiento psicológico se espera que el paciente logre comprender y reorganizar sus reacciones emocionales, pensamientos y decisiones responsables, escogiendo los medios más adaptados para sus objetivos e incrementar la confianza en sí mismo y el ánimo para tomar decisiones y ejecutarlas. Dentro de este proceso, el psicólogo refleja y clarifica las manifestaciones del paciente, pasando por las siguientes etapas en el proceso terapéutico: revisión, comprensión, reorganización y adaptación. La labor del consejero es acoger, reflejar, clarificar y estimular¹⁷.

En la primera sesión con el acompañamiento se logró la facilitación de la expresión emocional del paciente, así como de sus familiares. Principalmente se logró una comprensión y una reorganización de sus miedos, consiguiendo a su vez que se aceptara el tratamiento indicado por el cirujano oncólogo. En la sesión dos, el paciente nuevamente refiere ansiedad y temor sobre el tratamiento indicado, por lo que se trabajó la confianza y el ánimo para continuar con el procedimiento, reorganizando los miedos del paciente y confirmando la aceptación del tratamiento. La sesión tres fue el día de la cirugía, por lo que el paciente presentó ansiedad ante el procedimiento, para lo cual, además de reorganizar sus temores, se realizó una técnica de relajación de respiración diafragmática y relajación profunda con conteo¹⁸, logrando la disminución de la ansiedad del paciente antes de la cirugía. La sesión cuatro fue un momento en el que el paciente presentaba un nivel de ansiedad severo debido a la confrontación del resultado del procedimiento quirúrgico de flectomía parcial más disección inguinal bilateral; por medio de la reorganización se logró que el paciente comenzara su proceso de adaptación al cambio en la imagen corporal. En la sesión cinco se logró tranquilizar al paciente y a su familia mediante una orientación telefónica sobre los efectos secundarios del tratamiento quirúrgico. En la sesión seis se logró la expresión de las emociones y pensamientos automáticos en cuanto a la satisfacción sexual hacia la pareja, también se cuestionaron los pensamientos automáticos durante la sesión, facilitando con esto la adaptación al cambio generado por el tratamiento. En la sesión siete se le dio seguimiento al

paciente y se logró verificar que continuaba de manera saludable hacia el proceso de adaptación, retomando sus actividades laborales y planes personales.

Con base en lo anterior consideramos que se lograron los efectos positivos del proceso de acompañamiento: cambios en su autopercepción; se observa la confianza en sí mismo, lo que le dio capacidad de tomar sus propias decisiones con relación al tratamiento y presentó un manejo adecuado del estrés¹⁹.

Discusión y conclusiones

El objetivo de este artículo fue presentar el caso de un paciente con cáncer de pene y el acompañamiento psicológico brindado durante su diagnóstico y tratamiento. Como se observó en el caso y la descripción de sesiones, la cirugía para tratar el cáncer de pene genera miedo y ansiedad en el paciente, por lo que una intervención psicológica como el acompañamiento puede ayudar al paciente a afrontar de manera adecuada dicha situación.

El pene tiene una importancia simbólica y física para todos los hombres, ya que es crucial para su funcionamiento sexual y para la micción. El tratamiento quirúrgico del cáncer de pene tiene un alto impacto psicológico, ya que es a menudo mutilante y afecta las funciones antes mencionadas¹⁶.

Para los pacientes con este tipo de cáncer, el acompañamiento psicológico permite ofrecer el apoyo para tomar decisiones y resolver los problemas que están alterando el ritmo de su vida. Además de brindar orientación, también implica dar apoyo, contención emocional, discusión de temas existenciales, planificación de vida y establecimiento de metas¹⁴. Asimismo, en el paciente con cáncer es importante mantener la autoestima y el apoyo social, el cual puede ser facilitado por el acompañamiento psicológico²⁰. En este caso se observó el apoyo familiar y de la pareja como recursos para la aceptación del tratamiento quirúrgico y después de este, así como para la aceptación de la imagen corporal y reanudación de actividades en las cuales participó la pareja.

El acompañamiento psicológico también ha mostrado ser de beneficio para pacientes con otros tipos de cáncer, como el de mama. Se ha reportado que estas pacientes, con acompañamiento psicológico, muestran menores síntomas de distrés después de la cirugía²¹; una sola sesión de acompañamiento psicológico disminuye emociones negativas como el miedo, la rabia, la tristeza y el nerviosismo²². También pacientes con diferentes tipos de cáncer en cuidados paliativos

atendidos con acompañamiento psicológico grupal e individual muestran más autoestima, mayor satisfacción con la vida y menor estrés²³.

Con base en lo observado en este trabajo, se puede decir que el acompañamiento psicológico ayuda al paciente con cáncer de pene a que este pueda afrontar las crisis que se presentan por los cambios del diagnóstico y el tratamiento; además, disminuye la ansiedad en el momento de la cirugía y poscirugía. Dentro del acompañamiento creemos que para este tipo de cáncer es muy valioso integrar a la familia, establecer confianza con ellos y con el paciente y facilitar la comunicación asertiva entre ambos.

En el estudio se presentan algunas limitaciones como no contemplar un seguimiento a largo plazo que permitiera observar los cambios que presenta el paciente a lo largo del tiempo, el miedo a la recurrencia y la posibilidad de un tratamiento radical.

En este sentido, se recomienda seguir explorando la eficacia de las intervenciones psicosociales, específicamente el acompañamiento psicológico en las áreas de la salud, y buscar sistematizar este tipo de intervenciones en el tratamiento de los pacientes con cáncer, incluyendo evaluaciones psicológicas para establecer de manera adecuada los cambios generados por la intervención, así como contemplar un seguimiento a largo plazo de los pacientes.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento

informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Pizzocaro G, Algaba F, Horenblas S, Solsona E, Tana S, van der Poel, et al. EAU penile cancer guidelines 2009. *Eur Urol*. 2010;57(6):1002-12.
2. Estadísticas a Propósito del Día Mundial Contra el Cáncer (4 de febrero). Aguascalientes, Ags. [Internet]. México: Instituto Nacional De Estadística y Geografía; Febrero del 2016. Disponible en: <https://www.infocancer.org.mx/images/docs/Estadisticas-Cancer-2016.pdf>
3. Skeppner E, Fugl-Meyer K. Dyadic aspects of sexual well-being in men with laser-treated penile carcinoma. *Sex Med*. 2015;3(2):67-75.
4. Cardoso G, Malagoli R, Cassio S, Werneck I, Augusto F. Penile cancer: epidemiology and treatment. *Curr Oncol Rep*. 2011;13(3):231-39.
5. Maddineni S, Lau MM, Sangar VK. Identifying the needs of penile cancer sufferers: A systematic review of the quality of life, psychosocial and psychosocial literature in penile cancer. *BMC Urol*. 2009;9(8):1-6.
6. Bullen K, Edwards S, Marke V, Matthews S. Looking past the obvious: Experiences of altered masculinity in penile cancer. *Psychooncology*. 2010;19(9):933-40.
7. Pérez-Niño J, Fernández N, Sarmiento G. Partial penectomy and penile reconstruction initial surgical management of localized penile cancer. *Actas Urol Esp*. 2014;38(1):62-5.
8. Antoni MH, Lechner S, Díaz A, Vargas S, Holley H, Phillips, K, et al. Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behav Immun*. 2009;23(5):580-91.
9. Hoon LS, Sally CWC, Hong-Gu H. Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: A review of the literature. *Eur J Oncol Nurs*. 2013;17(6):883-91.
10. Báez M, Blasco T, Fernández J. La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *An Psicol*. 2003;19(2):235-46.
11. Robert MV, Álvarez OC, Valdivieso BF. Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Rev Med Clín Las Condes*. 2013;24(4):677-84.
12. Leermakers L, Doking S, Thewes B, Braamse AMJ, Gielissen MFM, de Wilt JHW, et al. Study protocol of the CORRECT multicenter trial: the efficacy of blended cognitive behavioral therapy for reducing psychological distress in colorectal cancer survivors. *BMC Cancer*. 2018;18(1):748-59.
13. Fernández B, Jorge V, Sánchez CM, Bejar E. Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares: ¿Qué nos encontramos en la práctica clínica? *Psicooncología*. 2016;13(2-3):191-204.
14. Vargas JA, Dorony LM. Psicoterapia y acompañamiento: un análisis conceptual desde el humanismo y la teoría de la autodeterminación. *Rev Psicol GEPU*. 2013;4(2):142-53.
15. What is Counseling Psychology [Internet]. American Psychological Association, Division 17, Society of Counseling Psychology; agosto del 2017. Disponible en: <http://www.div17.org/about-cp/what-is-counseling-psychology/>
16. Eardley I, Palit V. Living with penile cancer: Effects on psychology and quality of life. En: Muneer A, Arya M, Horenblas S, editores. *Textbook of penile cancer*. Londres: Springer-Verlag London; 2011. pp. 291-99.
17. Hernández-Pinzón F. La práctica del consejo psicológico. España: Editorial Club Universitario; 2003.
18. Penedo FJ, Antoni MH, Schneiderman N. Cognitive-Behavioral Stress Management for Prostate Cancer Recovery Facilitator Guide. EE.UU.: Oxford University Press; 2008.
19. Rogers C. El proceso de convertirse en persona. México: Paidós; 1988.
20. Winefield HR, Neuling SJ. Social support, counselling, and cancer. *Brit J Guid Couns*. 1987;15(1):6-16.
21. Watson M, Denton S, Baum M, Greer S. Counselling breast cancer patients: A specialist nurse service. *Counsell Psychol Q*. 1988;1(1):25-34.
22. Sánchez LV, Guiteras AF, Vela LC. Estado emocional en mujeres con cáncer de mama: variación experimentada después de una sesión psico-oncológica basada en el counselling y la psicología positiva. *Psicooncología*. 2016;13(2-3):205-25.
23. Ramsay K, Ramsay J, Main D. Both group peer counselling and individual counselling reduce anxiety and depression, and increase self-esteem and overall life satisfaction in palliative cancer care. *Counsell Psychol Q*. 2007;20(2):157-67.