

# NECESIDADES EMOCIONALES EN EL PACIENTE CON CÁNCER

Carmen Yélamos A. y Belén Fernández



## RESUMEN

El impacto del cáncer sobre el enfermo y su entorno familiar y social es enorme. Las necesidades y demandas a las que se ven sometidos son múltiples, por lo que se da una situación de riesgo para el desarrollo de reacciones emocionales negativas y trastornos psicopatológicos.

Las necesidades psicológicas del paciente variarán según el tipo de cáncer, el pronóstico, de las pruebas, tratamientos médicos y de la fase de enfermedad que esté viviendo. Las principales necesidades emocionales detectadas son: seguridad, principalmente a través de la confianza en el equipo y en su familia; pertenencia, reconocimiento de sus posibilidades; de sentirse aceptado y comprendido; sentirse querido, recibir y dar afecto; comprensión y aceptación de los demás, saber que es importante a pesar de su enfer-

medad y de encontrar un sentido a su vida, a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte. Todo ello nos lleva a que la verdadera necesidad primaria de un paciente oncológico es la **comunicación**, ya que con ella aumentamos la seguridad, la confianza y la esperanza.

Estas necesidades, comunes a todos los enfermos y en todas las culturas, nos indican un modo concreto de actuar en la intervención que no es exclusiva del psicólogo, sino también desde otros ámbitos y especialidades. Si queremos establecer una atención de calidad al enfermo de cáncer debemos conocer y tener siempre presentes sus necesidades emocionales ya que ello garantizaría el mantenimiento de una buena calidad de vida y un bienestar psicológico, con ausencia de problemas emocionales (ansiedad y depresión) y con la menor alteración posible en su vida social, laboral y familiar.

## INTRODUCCIÓN

Antes de comenzar a desarrollar las necesidades emocionales del paciente con cáncer, nos detendremos a pensar brevemente en el significado que el término "cáncer" tiene todavía hoy en nuestra sociedad. Éste representa una enfermedad muy temida, que sigue percibiéndose como un padecimiento traicionero, que conlleva un gran sufrimiento y dolor, que deteriora gravemente a la persona que lo sufre y a su familia, y, sobre todo por su efecto destructivo que se asocia a la muerte.

Por todo ello, el diagnóstico produce un impacto emocional mayor que cualquier otro. Estas creencias permanecen en nuestra sociedad a pesar de los avances producidos en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, del incremento progresivo en la supervivencia del paciente (con cifras globales que superan el 50% de sobrevida a los 5 años desde el diagnóstico<sup>1,2</sup>) y en contra de los mensajes positivos, de ánimo y esperanza de los que han superado la enfermedad después de los tratamientos (mensajes cada vez más frecuentes en nuestro entorno, especial-

mente desde los medios de comunicación). Su significado va a ser sin duda una de las variables que mediarán en las reacciones del paciente frente a la enfermedad, los tratamientos, los efectos secundarios, en su calidad de vida y en la relación con el personal sanitario, especialmente con el médico, profesional en el que el paciente deposita su vida, sus esperanzas y sus ilusiones.

---

## **IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD**

---

Como ya se ha señalado, el impacto que produce la palabra cáncer sobre el enfermo y su entorno familiar y social, es enorme. El diagnóstico y el tratamiento inician un periodo de confusión, incertidumbre, malestar emocional y, en ocasiones, problemas de comunicación entre el enfermo y sus familiares, con su entorno social y laboral y con el personal sanitario. Confluyen una serie de circunstancias generadoras de malestar psicológico: las exploraciones médicas, la espera de resultados, la confirmación del diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas, los tratamientos de quimioterapia y/o radioterapia, sus efectos secundarios, las revisiones, etc.<sup>3</sup>. Las necesidades y demandas a las que se ve sometido el paciente y las personas de su entorno social son múltiples, por lo que se da una situación de riesgo para el desarrollo de reacciones emocionales negativas y trastornos psicopatológicos.

Es frecuente la percepción de pérdida de la salud y de la vida, de la identidad, de la imagen habitual, del control de los acontecimientos, de la autoestima, de las relaciones significativas, del estilo de vida habitual, de un proyecto

vital o de futuro, del sentimiento de igualdad de condiciones y del esquema de valores prioritarios<sup>4</sup>. Esta experiencia subjetiva de pérdida genera un gran sufrimiento en el paciente.

No debemos olvidar igualmente, que la enfermedad no afecta a todos los pacientes por igual, sino que ésta se inscribe en un nivel más complejo conformado por otro grupo de factores: la personalidad previa y trastornos psicológicos anteriores, historia personal de situaciones vitales estresantes, competencias y capacidad de adaptación o aprendizaje ante ellas, nivel de apoyo social y recursos ambientales, actitudes, creencias y valores culturales, éticos, espirituales o religiosos, etc. En la medida en que existan un trastorno previo de personalidad, un mayor número de situaciones vitales estresantes vividas, escasos recursos de afrontamiento ante ellas y poco apoyo social, peor será el estilo de afrontamiento y peor nivel de ajuste del paciente o del familiar ante el cáncer.

Un alto porcentaje de pacientes consigue superar su enfermedad y afrontar la misma sin repercusiones emocionales importantes. Sin embargo, otro porcentaje variable dependiendo de los estudios, muestra síntomas de estrés relacionados con el cáncer o sus tratamientos<sup>5</sup>. Aproximadamente, entre el 12%<sup>6</sup> y el 47%<sup>7</sup> sufren trastornos psicológicos y psiquiátricos que les harán susceptibles de recibir apoyo psicológico<sup>8,9</sup>. Existen estudios que muestran que el 28,5% de los pacientes presenta síntomas ansiosos-depresivos suficientes para ser definidos como “casos clínicos”, que precisan derivación a un especialista de salud mental para su valoración diagnóstica y posible tratamiento psicológico<sup>10</sup>.

Los trastornos adaptativos del estado de ánimo, la ansiedad y la depresión son las psicopatologías más frecuentes entre los enfermos de cáncer. En nuestro país, un estudio realizado por Gil y cols<sup>11</sup> dirigido a determinar la prevalencia de trastornos mentales en una muestra amplia de pacientes con cáncer en España, muestra que el 24% presenta criterios para un diagnóstico psicopatológico según el DSM-IV. De éstos, el 77% corresponde a trastornos adaptativos. Respecto a los tipos de trastornos mentales, se observa una baja prevalencia del trastorno depresivo mayor (4%), distimia (5%), trastorno de estrés postraumático (2%) y otros trastornos de ansiedad (7%).

Otros trabajos han tratado de identificar la incidencia de alteraciones psicológicas en función de la patología tumoral. Así, en un estudio<sup>12</sup> en el que participaron más de cuatro mil enfermos con cáncer se observó que el 43% con cáncer de pulmón presentaba niveles elevados de angustia. A ellos les seguían los enfermos con tumores cerebrales (42,7%) y los que padecían linfoma de Hodgkin (37,8%). Con respecto a la sintomatología, el 30% de los enfermos tuvieron somatizaciones, el 24% trastornos de ansiedad y el 18,7% trastornos depresivos.

Diversos autores han intentado identificar la incidencia de trastornos psicológicos en función del tipo de tratamiento oncológico recibido, observándose mayores índices de ansiedad y depresión entre aquellos que reciben quimioterapia (30-40%) que entre los que reciben radioterapia<sup>13</sup>. En nuestro país, en el análisis multivariante realizado por Gil<sup>11</sup>, los predictores de presencia de trastorno mental fueron: haber recibido radioterapia, estar en tratamiento psicofarmacológico y la presencia de dolor.

En este contexto, la finalidad principal de la intervención psicológica que se realiza con los pacientes con cáncer será responder a las necesidades psicológicas que presentan en las diferentes fases de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, remisión, recidiva, avanzada y en la terminalidad, tratando de ayudarles en el proceso de afrontamiento y adaptación a este padecimiento. Por lo tanto, se dirige a que el paciente mantenga una buena calidad de vida y un bienestar psicológico, con ausencia de problemas emocionales (ansiedad y depresión) y con la menor alteración posible en su vida social, laboral y familiar. Este tipo de apoyo que deben recibir todos los enfermos y en todas las culturas, nos indican un modo concreto de actuar que no es exclusiva del psicólogo, sino que también de otros ámbitos y especialidades, por lo que es importante su análisis y estudio.

---

## NECESIDADES PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES DEL PACIENTE CON CÁNCER

---

Las necesidades psicológicas del paciente variarán según el tipo de cáncer, el pronóstico, así como de las pruebas y tratamientos médicos que esté recibiendo y la fase de enfermedad que esté viviendo. No se limitan únicamente al momento del diagnóstico, sino que surgirán a lo largo de todo el proceso. Si queremos garantizar la mejor adaptación posible del paciente a la enfermedad, será preciso que intervengan en su apoyo todos los profesionales implicados en la relación terapéutica.

Diversos autores han planteado el análisis de las necesidades del ser humano. El paciente de cáncer tiene, como cualquier persona, un conjunto de necesidades físicas y psicosociales por satisfacer, y cuya detección temprana y cobertura puede mejorar su calidad de vida. Maslow<sup>14</sup> plantea dentro de su teoría de la motivación humana, una serie de necesidades que atañen a toda persona y que se encuentran organizadas de forma estructural (Gráfico 1). Su teoría fundamenta, en mucho, el desarrollo de la escuela humanista y permite adentrarse en las causas que mueven al ser humano. La jerarquía se describe como una pirámide que consta de cinco niveles. En la base estarían las necesidades fisiológicas básicas para mantener la homeostasis (respirar, beber, alimentarse, dormir, descansar, evitar el dolor, tener relaciones sexuales,...). A continuación y en un orden superior, estarían las de carácter psicoemocional, social y espiritual que le confieren seguridad y protección (física, de salud, de trabajo, de recursos, moral, familiar...). En otro nivel se colocan las de tipo social, de afiliación y afecto (amistad, amor, asociación, aceptación...), de autoestima y reconocimiento (autovalía, confianza, respeto, independencia, prestigio...) y finalmente, en el nivel más elevado estarían las de autorrealización (de ser, de crecimiento, de lo que uno es capaz). La idea básica es que conforme se satisfacen las más básicas, los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados, y que éstos sólo ocuparían nuestra atención cuando se hayan satisfecho las necesidades inferiores. Este punto es uno de los más criticados de su teoría.



Gráfico 1. Pirámide de Maslow: jerarquía de necesidades.

La OMS<sup>15</sup>, basándose en dicha pirámide, plantea que los enfermos de cáncer, además del alivio y control de sus síntomas (necesidades fisiológicas) necesitan de: seguridad (buscar en quien apoyarse), la sensación de pertenencia (demostrar que no es una carga, que son útiles y que forman parte de un grupo). Requieren sentirse queridos, recibir afecto y contacto humano más que otros enfermos (necesidad de amor). Agradecen comprensión y aceptación de los demás a pesar de los cambios físicos y psíquicos que sufren. Precisan saber que son importantes a pesar de su enfermedad (autoestima) y que el entorno (familia, amigos y profesionales que le atienden) va a estar con ellos (confianza). Evidentemente, el paciente estará más dispuesto a transmitir y comunicar sus necesidades emocionales y espirituales cuando experimente alivio de los síntomas fisiológicos más molestos y encuentre que el profesional o el equipo sanitario sean sensibles a las mismas, interesándose por otros elementos que completen su bienestar. Tabla 2.

**Tabla 2. Necesidades psicoemocionales de los enfermos<sup>16,17</sup>**

<b>Seguridad</b>	Confianza en el equipo sanitario, en su familia y cuidadores. Garantía de no abandono.
<b>Aceptación</b>	Reconocer sus posibilidades actuales, sentirse aceptado y comprendido.
<b>Amor</b>	De amar y ser amado.
<b>Pertenencia</b>	Sentirse miembro de una familia, de un grupo.
<b>Autoestima</b>	Sentirse útil e importante.
<b>Espirituales: De autorrealización</b>	Encontrar sentido a su vida, a la enfermedad, al sufrimiento y a su muerte.

Debemos tener en cuenta estas necesidades si queremos ayudar de un modo eficiente y efectivo al enfermo por lo que será objetivo de los profesionales sanitarios tratar de descubrir las necesidades del paciente y ayudarle en los procesos de adaptación con el menor coste emocional posible. De la forma cómo se aborden o satisfagan dichas necesidades dependerá la calidad de vida del paciente, su bienestar, la adherencia al tratamiento y la respuesta a la intervención. Este abordaje sólo es posible desde una perspectiva integradora, interdisciplinaria e individualizada que tenga en cuenta la multidimensionalidad de las necesidades a las que se enfrenta un paciente con cáncer. Abordar sus necesidades psicoemocionales no siempre será fácil para el profesional sanitario, más aun para aquellos que tengan una formación basada en conceptos biomédicos tradicionales<sup>18</sup>.

#### **NECESIDAD DE SEGURIDAD Y CONFIANZA CON EL EQUIPO SANITARIO. SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA**

Investigaciones empíricas realizadas en muy distintos contextos

culturales<sup>19,20,21</sup> comprueban que la primera razón por la cual los pacientes se declaran satisfechos de la atención recibida, tanto en hospitales como en centros ambulatorios, es el trato humano que reciben por parte del profesional sanitario que les atiende, destacándose como elementos fundamentales de este trato la empatía mostrada por los profesionales, la información comprensible que éstos aportan, el tiempo que dedican a la relación personal con el enfermo y la posibilidad que el paciente tiene de expresarse.

La confianza en la relación con los profesionales que le atienden es una de las grandes necesidades del paciente y se sustenta en una comunicación médico-paciente idónea. En este sentido, la comunicación en el contexto clínico, aparece como un instrumento fundamental que puede constituirse como factor de protección o factor de riesgo para el desarrollo de problemas emocionales en el paciente en función de cómo se utilice<sup>22</sup>. La comunicación constituye el núcleo esencial en la relación de ayuda y, sin embargo, suele ser la herramienta terapéutica más improvisada.



Para ser eficientes en los encuentros con los pacientes, los profesionales centrados en la relación de ayuda debemos poner en funcionamiento habilidades de comunicación que nos permitan escuchar mensajes verbales (con contenidos cognitivos y afectivos), percibir mensajes no verbales (con contenidos conductuales y afectivos), y responder de manera verbal y no verbal (y con congruencia entre las dos) a ambos tipos de mensaje<sup>23</sup>. En definitiva, se trata de estar atentos a lo que se dice, a cómo se dice, lo que no se dice y también a lo que sentimos.

La comunicación dispone de tres recursos fundamentales<sup>16, 18</sup>: la escucha activa, la empatía y la aceptación. La **escucha activa**, o escuchar con atención, implica estar disponible, atentos a los mensajes que nos envía el paciente, para no perder aspectos importantes de la conversación. Nos permite conocer qué es lo importante para el enfermo, lo cual muchas veces no se corresponde con lo que se presupone. La escucha activa consiste en utilizar todos los sentidos para captar la experiencia de quien se comunica. Por eso no se escucha únicamente con los oídos sino también con la mirada receptiva, con el contacto corporal acogedor, con la proximidad física adecuada, con la atención al lenguaje no verbal del paciente, con la lectura atenta de sus silencios y con la atención al paralenguaje (tono, ritmo, volumen de voz,...).

La **empatía** es escuchar activamente las emociones y sentimientos del enfermo y entender los motivos de los mismos, aunque no los compartamos. Consiste en ponerse en el lugar del otro, reconociendo que tiene razones o motivos para sentirse como

se siente. Es el acto de manifestarse próximo a la persona en sus emociones y sentimientos. Finalmente, la **aceptación** nos permite mostrar interés por lo que el paciente dice sin juzgarle y facilita la expresión de sus sentimientos.

La comunicación con el paciente, necesaria para afrontar positivamente el proceso y reducir la incertidumbre, el miedo y la indefensión ante el cáncer, le permite expresar preocupaciones, miedos, dudas... a alguien que sepa escuchar, que facilite que lo haga para que, de forma gradual y a su ritmo, vaya adaptándose a la situación y a la comprensión de lo que está pasando.

Si no se lleva a cabo una buena comunicación con el paciente, si no se realiza una exploración individualizada de las necesidades, preocupaciones y dificultades, difícilmente podremos cubrirlas o atenuarlas. La escucha, la empatía y la aceptación permiten conocer las necesidades del paciente a la vez que estimulan sus recursos personales y sociales, activan su propia capacidad de cuidarse y favorecen la expresión de emociones (incertidumbre, miedo, ansiedad...). La comunicación se asocia a numerosos beneficios en la calidad asistencial. Así se ha señalado que una mejor comunicación entre médico-paciente se asocia a una mayor satisfacción, una mayor adherencia a los tratamientos y mejor adaptación psicológica de los pacientes con cáncer. Sin embargo, la comunicación entendida como lo que es, atención, escucha, explicación, contención emocional, compasión, consuelo, implicación, requiere un esfuerzo que a menudo resulta incómodo. El proceso de comunica-



ción en Oncología es especialmente difícil debido a la enorme carga afectiva que conlleva y a la cronicidad de la enfermedad, que favorece el desarrollo de vínculos afectivos significativos entre el personal sanitario y el paciente que pueden dificultar aún más la comunicación.

Ofrecer al paciente un trato empático y de alta calidad no sólo permite cubrir una importante necesidad emocional. Es un compromiso ético de la profesión sanitaria. Las habilidades comunicativas deben formar parte de la práctica médica de todos los profesionales implicados en la relación de ayuda al paciente, ya que además resultan de gran utilidad para poder diseñar mejor los procesos terapéuticos y asistenciales en la dirección de las necesidades reales de cada persona, así como para recoger información de utilidad diagnóstica y para lograr una mayor comprensión y adhesión al tratamiento por parte del paciente<sup>24</sup>.

### **NECESIDAD DE ACEPTACIÓN**

---

El paciente puede adoptar diversas actitudes ante la enfermedad, expresarse sobre la información que desea recibir y su manejo, etc. Existen los que solicitan información, se adaptan fácilmente a la situación y ponen en marcha sus recursos de afrontamiento y su disposición para colaborar con los tratamientos, mientras que otros son mucho más reacios, niegan su situación, se deprimen y no son capaces de afrontarla adecuadamente. El paciente no debe sentirse culpable o rechazado por no ser capaz de afrontar la enfermedad de un modo más adaptativo

o como su entorno desearía, siendo fundamental que todos aquellos que rodean al paciente, tanto familiares como profesionales sanitarios, traten de conocer las necesidades, motivos y las reacciones del paciente para así poder entenderle y ayudarlo en el proceso. Todo ello desde la acogida y la aceptación incondicional. No debemos olvidar que una persona aceptada aprende a aceptarse a sí misma y a los demás, lo que facilita la comunicación con el entorno y mejora su satisfacción y bienestar. Ser capaces de aceptar su enfermedad, es el primer paso para hacerle frente.

La **aceptación** facilita una actitud de acercamiento y acogida incondicional del paciente, de su modo de vivir, sin evaluaciones morales y sin juzgarle. Es mostrar interés por lo que el paciente dice sin realizar juicios de valor y facilita la expresión de sentimientos sobre la enfermedad o la vida, sin forzar al paciente a resignarse ante una situación si se resiste y sin reaccionar de una forma que pueda ser interpretada como un rechazo<sup>16, 18</sup>. Se basa en la consideración del otro como una persona que posee diversas capacidades y recursos, valorarlo y reconocer sus derechos ante la información, la toma de decisiones y que asume su responsabilidad. Una relación con el profesional, y por supuesto con la familia y su entorno, en la que el enfermo no se sienta juzgado ni marginado, sino entendido y ayudado, permite poder confrontar, desde la acogida y el respeto, sus temores, deseos y necesidades a la vez que ayudan a mantener la dignidad del enfermo, en estos momentos en los que experimenta una mayor desprotección por ser la fase final de la vida.

## NECESIDAD DE APOYO EMOCIONAL Y SOCIAL. NECESIDAD DE PERTENENCIA. ESTABILIDAD Y ADAPTACIÓN SOCIOFAMILIAR

Esta necesidad tiene relación con el valor que la compañía tiene para el ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social. El enfermo requiere comunicarse con otras personas, establecer amistad o relación con ellas, manifestarles y recibir afecto, vivir en familia o en comunidad, pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de éste, lo que hace que el apoyo emocional y social sea clave para el bienestar de los individuos, parejas, grupos, familias, especialmente en los momentos de transición, crisis o acontecimientos vitales estresantes como puede ser un diagnóstico de cáncer. En la medida en que la que el enfermo cuente con apoyo externo, la adaptación será más fácil y con menos implicación emocional.

Una definición de apoyo social frecuentemente utilizada en la literatura es la que lo conceptualiza como la ayuda real o percibida que el individuo deriva de las relaciones interpersonales tanto en el plano emocional como en el instrumental para una situación específica<sup>25</sup>. La mayoría de los autores enfatizan la importancia de la **percepción** del apoyo por parte del paciente, ya que la realidad para el individuo es fundamentalmente la realidad percibida. Por lo tanto, se puede hablar de la objetividad y subjetividad del concepto, diferenciando el apoyo social obtenido del apoyo social percibido. Ambos son fundamentales para la persona y repercuten sobre su bienestar<sup>26</sup>.

El apoyo social percibido es un importante predictor del estado de salud, así como de la adaptación ante acontecimientos estresantes, ya que las personas que tienen escasos lazos sociales presentan con menor frecuencia conductas preventivas, llegan con un nivel más avanzado de enfermedad, se adhieren menos al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más negativo. En concreto, numerosas investigaciones muestran que el apoyo social está relacionado con el malestar emocional en pacientes de cáncer<sup>27,28,29</sup>. Según otros autores<sup>30,31</sup>, el apoyo social y familiar se considera como un factor de protección frente al malestar del paciente, lo cual orienta hacia la necesidad de una intervención más amplia e integral para el paciente con cáncer con menos apoyo externo, que incluya atención psicológica, contacto con su red social y búsqueda de nuevos lazos de apoyo.

La familia del paciente y su entorno más cercano (red social, laboral, etc.) serán los principales precursores del apoyo emocional y social. Ellos tratarán de cubrir a lo largo de todas las fases de la enfermedad, las necesidades de afecto, de amor y de pertenencia del paciente. La respuesta de la pareja, padres, hermanos o hijos ante la enfermedad es fundamental para la adaptación del paciente, por lo que la estructura familiar ha de ser evaluada como un predictor de la calidad de vida y del afrontamiento a la enfermedad. El impacto del cáncer puede ser tan devastador para cada uno de los miembros de la familia como para la persona afectada directamente por la enfermedad y por ende, para la relación entre ellos.

El temor de la familia, a veces también del equipo sanitario, de hablar sobre temas delicados o especialmente difíciles como la muerte, y la falta de entendimiento de cómo realizarlo, son desencadenantes de malestar en el paciente que dificulta la calidad de la asistencia y la consecución de objetivos positivos de cara a la adaptación. La incomunicación con su familia, la percepción de falta de apoyo emocional, puede generar soledad y aislamiento justo cuando más necesita de su compañía (conspiración de silencio).

El profesional sanitario tiene la obligación ética de saber facilitar unos mínimos de apoyo emocional al paciente y su familia porque éste potencia la eficacia preventiva y curativa del tratamiento médico, les permite afrontar una variedad de fuentes de estrés, así como manejar más efectivamente los procesos de toma de decisiones y solución de problemas. Los sanitarios tienen que perder el miedo a hablar a nivel emocional y facilitar la expresión de los sentimientos de los pacientes, que movilizan y orientan adecuadamente su comportamiento en la medida en que se permita expresarlos.

### **NECESIDAD DE EQUILIBRIO EMOCIONAL Y DE ADAPTACIÓN. NECESIDAD DE AUTOESTIMA**

---

El ajuste o adaptación psicosocial al cáncer se define por el Instituto Nacional del Cáncer de EEUU<sup>32</sup> como un proceso continuado en el cual el paciente procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con la enfermedad y controlar los acontecimientos de la vida que surgen derivados de esta afección.

La adaptación al cáncer no es un evento aislado y único, sino más bien una serie de respuestas constantes que permiten al paciente ir afrontando las múltiples demandas derivadas de su nueva situación. La adaptación normal o exitosa se produce en los pacientes que son capaces de reducir al mínimo la alteración en sus distintas áreas de funcionamiento, de manejar su malestar emocional y de continuar implicados y participando en los aspectos de la vida que aún están revestidos de significado y les sean de importancia.

Como ya se ha destacado, la principal problemática detectada en estos pacientes son los trastornos adaptativos, caracterizados por la aparición de síntomas emocionales (ansiedad o depresión) o del comportamiento (cambios en la conducta), en respuesta a un factor externo identificable (p.ej. diagnóstico de cáncer). Otros temas diagnosticados con menor frecuencia son la distimia, depresión, ansiedad, miedos y fobias, etc. A las implicaciones derivadas para el enfermo (peor adaptación a la enfermedad, calidad de vida deficitaria,...) se unen otras como una mayor utilización de servicios médicos, mayores dificultades a la hora de tomar decisiones, menor adherencia a los tratamientos y mayor insatisfacción con la atención recibida. Puesto que el mantenimiento del equilibrio emocional es una de las necesidades esenciales del paciente, la prevención, detección precoz y el control del malestar psicológico deben ser parte fundamental de la intervención. La derivación a las unidades de psico-oncología permitiría su cobertura y tratamiento.

La evaluación del estado psicológico del paciente, su adaptación al pro-

ceso de enfermedad y la identificación de los factores que sobre ella inciden, permitirá poner en marcha actuaciones eficaces que potencien su bienestar y prevengan la aparición de problemas de ajuste o los traten en caso de que ya hayan aparecido. Facilitar la adaptación a la enfermedad es una labor importante para el profesional debido a las fuertes repercusiones que ello puede tener sobre el bienestar e incluso sobre la supervivencia de las personas<sup>33</sup>. La intervención psicológica se dirige a:

a) Aliviar y tratar los trastornos psicológicos y/o las alteraciones cognitivas, conductuales y/o emocionales de los enfermos de cáncer y sus familiares, que pueden surgir a lo largo del proceso de enfermedad, así como en la fase final de la vida;

b) Apoyar y ayudar a los enfermos de cáncer y sus familiares en el afrontamiento de situaciones difíciles, facilitando la adaptación a la enfermedad y favoreciendo que la persona pueda alcanzar el nivel óptimo de calidad de vida que las circunstancias permitan.

No parece que exista un tipo de intervención psicológica claramente más eficaz (en todos los casos) para ayudar a los pacientes. Unos se beneficiarán más de un abordaje individual y otros, de la participación en grupo. Sí que es probable que la intervención psicoeducativa sea el procedimiento a seguir ante problemas de información y comunicación (especialmente en la fase diagnóstica), como lo es el entrenamiento en habilidades de afrontamiento para mejorar el control de síntomas, efectos secundarios y problemas concretos de la vida cotidiana (fase de tratamiento). Es básico en todo caso, proporcionar apoyo emocional

para los problemas psicológicos, de relación interpersonal (recidiva e inicio de nuevos tratamientos) y la intervención psicoterapéutica ante trastornos psicológicos o desadaptativos como consecuencia de la enfermedad oncológica (fase de remisión principalmente). En cualquier caso, el tratamiento más efectivo para cada paciente será el que considere todas sus necesidades e intente cubrirlas con todas las formas de intervención psicológica que sean precisas<sup>34</sup>. Todavía se continúan detectando dificultades para la adecuada derivación y orientación de los pacientes con problemas psicológicos, debidas a la variabilidad en la prevalencia de los síntomas psicopatológicos de los pacientes, a la facilidad con que los síntomas relacionados con la enfermedad física, pasan desapercibidos por el médico, a la escasa formación del médico para reconocer y tratar la naturaleza emocional de ciertos problemas del paciente y a aspectos personales de ciertos pacientes, reacios a hablar de sus problemas psicológicos o a aceptar la derivación al psico-oncólogo.

Los profesionales sanitarios, especialmente desde Atención Primaria, pueden realizar un cribado de los posibles síntomas ansiosos y depresivos que se presenten en el paciente durante el proceso oncológico y que le incapacitan para su adaptación emocional al mismo. En la práctica clínica se han usado diferentes instrumentos, pero las dificultades relacionadas con su aplicación han limitado su uso. En las consultas externas es importante disponer de instrumentos que permitan detectar de forma sencilla y rápida la necesidad de una intervención psicológica específica. En este sentido, un instrumento llamado “el termómetro del estrés”,

desarrollado por la NCCN (National Comprehensive Cancer Network)<sup>35,36</sup>, puede ser utilizado para evaluar desde Atención Primaria o desde las Unidades de Oncología a pacientes con cáncer y su nivel de distrés. El termómetro tiene una escala de 10 puntos, que van del cero (ausencia de distrés) al 10 (distrés extremo). Los pacientes utilizan la escala para informar de su malestar semanal. La lista de problemas trata de analizar si el nivel de estrés está relacionado con problemas físicos, familiares, emocionales, problemas de la vida cotidiana o preocupaciones espirituales o religiosas. Su uso facilitaría no sólo la derivación al psico-oncólogo sino también la comunicación entre el paciente y su médico. La presencia de factores de riesgo para la aparición de trastornos psicológicos tales como antecedentes psicológicos o psiquiátricos previos, escaso apoyo social percibido o el diagnóstico de una recaída son situaciones que necesitarían de la evaluación e intervención de un psico-oncólogo.

### **NECESIDAD DE AUTORREALIZACIÓN. NECESIDAD DE SENTIDO**

El modo en que una persona vive la experiencia de la enfermedad está ligado a su biografía y al contexto personal y social en el que vive. Asimismo, está condicionada por los tratamientos posibles dentro de los existentes y por las creencias sociales respecto al cáncer en general y al tipo de cáncer en particular. La vivencia del cáncer es altamente estresante ya que fuerza al individuo a enfrentarse con temas tan inconmensurables como el sufrimiento, el deterioro, la muerte, la trascendencia, temas para cada uno de los cuales

debe encontrar un sentido personal. Surgen miedos y dudas relativas a la pérdida de la identidad y el significado de la enfermedad, así como aspectos relativos a la muerte y al morir<sup>37</sup>.

En este nivel el paciente, especialmente en la fase final de la vida, tiende a necesitar encontrar un sentido a su existencia, dejar huella y si es posible, cumplir algunos de sus deseos. Es preciso que esta persona vea que su vida, aunque corta, tiene sentido y que es importante. Para ello debe integrar la enfermedad a su identidad y redefinir sus relaciones con los otros y con el medio, sus expectativas con respecto a sí mismo y a los demás y finalmente, el sentido último de su existencia. Según Holland<sup>38</sup>, la Psicooncología se centra en el “sufrimiento de la muerte” que ocurre con el cáncer y que incorpora las dimensiones psicológicas, sociales, espirituales y existenciales, buscando ayudar al paciente a encontrar un significado tolerable a la presencia de una enfermedad intrusa y no bienvenida que constituye una amenaza para el futuro y para la vida misma.

---

### **CONCLUSIONES**

Si queremos establecer una atención de calidad al enfermo de cáncer debemos conocer cuáles son sus necesidades emocionales. A lo largo del artículo se han evidenciado distintas necesidades sobre las que pivota la intervención psicológica y que deberían constituir los principios de actuación con el paciente.

Las necesidades de estos enfermos va evolucionando a medida que la detección precoz del cáncer se genera-

liza, los tratamientos médicos mejoran su eficacia y conforme muchos tipos de cáncer han pasado a ser enfermedades crónicas. De este modo, el profesional sanitario debe dar respuesta a situaciones de crisis pero también a las de cronicidad, donde las necesidades van mucho más allá de una estrategia para abordar una situación puntual, y donde el paciente necesitará elaborar e integrar la experiencia vivida y aprender a caminar hacia delante después del diagnóstico, los tratamientos y sus secuelas, con la incertidumbre y las limitaciones derivadas, pero también con la nueva perspectiva que se abre en su vida.

Para potenciar el bienestar de los pacientes, será necesario cubrir las necesidades emocionales que presenten a lo largo de este proceso. Necesitarán tener seguridad y confianza en el equipo que le atiende. Aceptar y entender sus emociones será otro de los pasos para ayudar al paciente que necesita básicamente sentirse escuchado y comprendido y que se facilite la expresión emocional y se manejen bien los tiempos de silencio para que pueda ir elaborando la situación. La empatía de quienes le atienden será la herramienta fundamental que permitirá a los profesionales comprender sus necesidades. Sentirse querido, apreciado, parte de la familia, del equipo de tratamiento, útil e importante, son aspectos que podemos cubrir en buena parte desde el equipo sanitario. Todo ello nos lleva a que la verdadera necesidad primaria de un paciente oncológico es la **comunicación**, ya que con ella aumentamos la seguridad, la confianza y la esperanza. Permite además evitar la terrible soledad, no percibida como falta de compañía física sino como aislamiento interior.

Las necesidades del enfermo y de su familia se resolverán mejor si se trabajan desde distintas disciplinas, preferentemente desde un equipo de carácter multidisciplinar compuesto por médico, enfermero, trabajador social, psicólogo, asistentes espirituales, voluntarios, etc. Dado el volumen de la literatura disponible detallando la eficacia de distintos tipos de intervención psicológica para los pacientes en todos los puntos de la trayectoria de la enfermedad, parecería no ético no proporcionarles estos servicios. El objetivo es ambicioso, y los recursos disponibles no son todos los deseables, pero no por ello, todos los profesionales que trabajamos en este campo debemos dejar de luchar por su existencia.

Nuestro deber moral y profesional es procurar intervenciones cada vez más eficaces, y detectar necesidades psicológicas, emocionales, espirituales tanto en el enfermo como en su entorno, dándole a la familia el protagonismo y el apoyo que se merecen en el afrontamiento de la enfermedad. El psicólogo debería ser capaz de afinar a la hora de detectar estas necesidades, que sin llegar a constituirse en psicopatología, forman parte del sufrimiento y el "dolor moral" de la experiencia subjetiva de enfermedad de cada individuo. Tanto a través de su formación como del uso de los instrumentos precisos, el psicólogo puede profundizar en los aspectos que contribuyen al sufrimiento del paciente, entre los que cabe contemplar los factores temporales y relacionales. La cobertura de estas necesidades supondría sin duda una mejora del bienestar psicológico de los pacientes, de su calidad de vida e incluso de la progresión de la enfermedad.



## BIBLIOGRAFÍA

1. VERDECCHIA, A; FRANCISCI, S; BRENNER, H; GATTA, G; MICHELI, A; MANGONE, L *et al.* Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EUROCARE-4 data. *Lancet Oncology*, 2007, 8: 784-796.
2. BERRINO, F; DE ANGELIS, R; SANT, M; ROSSO, S; LASOTA, MB; COEBERGH, JW *et al.* Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EUROCARE-4 study. *Lancet Oncology*, 2007, 8: 773-783.
3. YÉLAMOS, C y FERNÁNDEZ, B. Intervención psicológica en pacientes con cáncer. *Rev. Cáncer* 2006, 20 (1): 14-21.
4. MESEGUER, C. El adulto con cáncer. En Die Trill, M. (ed.). *Psico-oncología*. Madrid: Ades Editores, 2003: 103-114.
5. STEIFEL, F; DIE TRILL, M; BERNEY, A; NÚÑEZ-OLARTE, JM y RAZAVI, D. Depression in palliative care: A pragmatic report from the expert group of the European Association for Palliative Care. *Support Care Cancer*, 2001; 9: 477-488.
6. KADAN-LOTTICK, NS; VANDERWERKER, LC; BLOCK, SD; ZHANG, B y PRIGERSON, HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. *Cancer*, 2005; 104: 2872-81.
7. DEROGATIS, LR; MORROW, GR; FETTING, J; PENMAN, D; PIASETSKY, S; SCHMALE, AM *et al.* The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 1983; 249: 751-7.
8. MCDANIEL, JS y NEMEROFF, CB. Depression in the cancer patient: Diagnostic, biological and treatment aspects. En Chapman, CR, Foley, KM y cols. (Eds.) *Current and emerging issues in cancer pain*. Nueva York: Raven Press, 1993: 1-19.
9. MOOREY, S; GREER, S; WATSON, M y cols. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: Outcome at one year. *Psycho-Oncology*, 1994; 3: 39-46.
10. GRASSI, L; TRAVADO, L; GIL, F; SABATO, S; ROSSI, E and the SEPOS Group. Psychosocial morbidity and its correlatos in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *J Affect Disord.*, 2004; 83: 243-8.
11. GIL, F; COSTA, G; PÉREZ, FJ; SALAMERO, M; SÁNCHEZ, N y SIRGO, A. Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130(3): 90-2.
12. ZABORA, JR; BRINTZENHOFESZOC, K; CURBOW, B; HOOKER, C y PIANTADOSI, S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 2001; 10: 19-28.
13. DIE TRILL, M. La evaluación psicológica del enfermo oncológico infantil y adulto. En Die Trill, M. (ed.). *Psico-oncología*. Madrid: Ades Editores, 2003: 313-364.
14. MASLOW, A. A Theory of human motivation. *Psychological Review*, 1943; 50, 370-96.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Cancer Pain Relief and palliative care*. Genere, OMS 1990.



16. ASTUDILLO, W. y MENDINUETA, Necesidades de los enfermos en el final de la vida. En: Medicina Paliativa, Cuidados del Enfermo en el final de la vida y Atención a su familia. Editado por W. Astudillo, C. Mendinueta y E. Astudillo. EUNSA; Barañain, 5º Ed. 2008, 112-124.
17. ARRANZ, P. y BAYÉS, R. Aspectos psicológicos del enfermo en situación terminal. En: M. González Barón et al (eds). Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Editorial Panamericana. Madrid, 1996, 1104-1114.
18. ASTUDILLO, W., y MENDINUETA, C. Importancia del apoyo psicosocial en la terminalidad. En Astudillo W. E. Clavé y E. Urdaneta (eds). Necesidades Psicosociales de la Terminalidad. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos 2001. 17-41.
19. BENSING, J.; SCHREURS, K y DE RIJT, A. The role of general practitioner's affective behavior in medical encounters. *Psychology and Health*, 1996; 11: 825-838.
20. HARRISON, A. Patient's evaluations of their consultations with primary health clinic doctors in the United Arab Emirates. *Family Practice*, 1996; 13: 59-66.
21. RODRÍGUEZ, J y MIRA, JJ. Calidad y humanización de la atención sanitaria. *Viure en Salud*, 2002; 53: 12-13.
22. ARRANZ, P. y CANCIO LÓPEZ, H. Counselling: Habilidades de información y comunicación con el paciente oncológico. En Gil F (ed): *Manual de PsicoOncología*. Barcelona: Nueva Sidonia; 2000.
23. DIE TRILL, M. Más allá de las palabras: Principios generales de la comunicación con el enfermo oncológico. En Die Trill, M. (ed.). *Psico-oncología*. Madrid: Ades Editores, 2003: 661-674.
24. Nouvilas, E. *Psicología Social y salud*. En J.F. Morales y C. Huici (eds): *Psicología Social*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1999.
25. SEPÚLVEDA, R; TRONCOSO, M. y ÁLVAREZ, C. *Psicología y Salud: El papel del apoyo social*. *Revista Médica de Santiago*, 1998; 1 (2): 154-162.
26. FERNÁNDEZ, B y YÉLAMOS, C. Rehabilitación social del enfermo de cáncer. *Rev. Cáncer* 2006, 20 (1): 22-7.
27. GLANZ, K y LERMAN, C. Psychosocial impact of breast cancer: A critical review. *Ann Behav Med*. 1992; 14(3): 204-212.
28. MOYER, A y SALOVEY P. Psychosocial sequelae of breast cancer and its treatment. *Ann Behav Med*. 1996; 18(2); 110-125.
29. HANN, D; BAKER, F; DENNISTON, M. The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: Age and gender differences. *J Psychosom Res*. 2002; 52(5): 279-283.
30. GRASSI, L.; ROSTI, G; LASALVIA, A y MARANGOLO, M. Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 1993, 2: 11-20.
31. LAMPIC, C; WENNBORG, A; SCHILL, JE; GLIMELIUS, B; BRODIN, O y SJODEN, PO. Coping, psychosocial well-being and anxiety in cancer patients at follow-up visits. *Acta Oncol*, 1991; 33: 887-94.

32. National Cancer Institute. Adaptación normal, alteración psicosocial y trastornos de adaptación. [www.cancer.gov](http://www.cancer.gov), 2003: 1-20.
33. FAWZY, FI; FAWZY, NW; HYUN, CS et al. Malignant melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archiv Gen Psychiatry*, 1993; 50: 681-689.
34. FONT GUITERAS, A. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. En Pérez Álvarez, M; Fernández Hermida, JR; Fernández Rodríguez, C y Amigo Vázquez, I (eds). Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud. Pirámide, 2003: 57-92.
35. HOFFMAN, BM; ZEVON, MA; D'ARRIGO, MC et al.: Screening for distress in cancer patients: the NCCN rapid-screening measure. *Psychooncology*, 2004; 13 (11): 792-9.
36. National Comprehensive Cancer Network. Distress Management clinical practice guidelines. *J Natl Comp Cancer Network*, 2003; 1(3): 44-74.
37. PLUMB, M y HOLLAND, JC. Comparative Studies of psychological function in patients with advanced cancer: Self-reported depressive symptoms. *Psychosom Med* 1977; 39: 264-94.
38. HOLLAND, JC. Societal views of cancer and the emergence of psycho-oncology. En Holland, JC (ed). *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press, 1998.

