

# **APOYO EMOCIONAL PARA LA DISMINUCIÓN DEL DISTRESS PSICOLÓGICO EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS**

## **Autores:**

**Jaime Gómez Millán Barrachina.** Oncólogo Radioterápico. Instructor de Mindfulness. FEA Unidad de Oncología Radioterápica Hospital Virgen de la Victoria

**Yolanda Lupiañez Pérez.** Directora de la Unidad de Gestión de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

**Ohara Arrebola López.** Enfermera Gestora de casos Servicio Andaluz de Salud. Asociación de ayuda al paciente oncológico “La Sonrisa de Melania”.

**Carmen Hurtado.** Enfermera Unidad de Oncología Radioterápica. Hospital Virgen de la Victoria.

## **INTRODUCCION**

- El distress psicológico (DP) se define como una experiencia emocional, psicológica, social o espiritual, que interfiere con la capacidad de hacer frente al cáncer, manifestado mediante problemas de miedo, vulnerabilidad, tristeza, depresión, ansiedad y aislamiento (1). La relación entre el DP y el cáncer está plenamente documentada en la literatura científica psico-oncológica. En general, se conoce que entre un 35%-40% de los pacientes con cáncer presentan algún cuadro relacionado con DP (2). Aunque el DP en los tumores de Cabeza y Cuello (TCC) y en cáncer de pulmón (CP) no ha sido extensamente estudiada (3), se estima que esta cifra puede llegar a ser de hasta un 50-60% (4) y 40-65% respectivamente (5,6,7). Las causas de esta alta incidencia se deben a las alteraciones funcionales y estéticas que a menudo sufren estos pacientes como consecuencia del mismo tumor o de los tratamientos utilizados para su erradicación (8). Por último, la presencia de DP se asocia a estados de ansiedad, depresión y aislamiento, teniendo una repercusión importante sobre la calidad de vida de los pacientes (9).

-Distintas herramientas han demostrado mejorar los niveles de DP en pacientes con cáncer, entre las que destacan la meditación tipo “Mindfulness”, técnicas de relajación, y herramientas para la toma de conciencia acerca de conflictos emocionales que dificulten la adaptación al proceso oncológico, así como de autocuidado físico y emocional.

## **OBJETIVOS**

1. Disminuir la ansiedad y depresión, así como otras emociones perturbadoras asociadas al cáncer.
2. Mejorar la calidad de vida.
3. Dotar al paciente de herramientas para ser autónomo en su gestión y equilibrio emocional.
4. Mejorar el autocuidado físico y emocional del paciente oncológico

## **METODOLOGÍA**

**Población diana:** Pacientes tratados en el Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Los pacientes serán reclutados dentro de la Unidad de Gestión de Oncología Radioterápica por parte de Enfermería.

**Estructura del programa:** Los talleres se realizarán semanalmente durante 4 semanas, con una duración de 1 hora y 30 minutos

**SEMANA 1:** Piloto automático. Reactividad y sufrimiento.

**SEMANA 2:** Cómo nos relacionamos con nuestros pensamientos y emociones.

**SEMANA 3:** Técnicas de Relajación.

- La respiración.

- Conciencia corporal

**SEMANA 4:** Autocuidado para el bienestar físico y emocional

**SEMANA 5:** ¿Cómo he cambiado?

**-Medición de la ansiedad-depresión:** La recogida de la información del nivel se realizará mediante las siguientes escalas. La HADS es un instrumento sencillo y útil para detectar incidencia y niveles de respuesta en las dimensiones emocionales de ansiedad y depresión, en las diferentes etapas de distintas enfermedades (10). La escala de HADS (11) consistirá en un cuestionario de 14 ítems, cada uno de ellos con 4 posibles respuestas. El participante debe contestar cada ítem utilizando una escala tipo likert entre 0 hasta 3. Según la puntuación obtenida, los casos se dividirán según recomendaciones de distintos autores (10) en leves (puntuación entre 8 y 10), moderados (puntuación entre 11 y 15), y graves (16 o mayor). La escala de ansiedad de Beck (BDI-II) es un instrumento que se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. En la escala de Beck (28), cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. National Comprehensive Cancer Network. Distress management. Clinical practice guidelines. *J Natl Compr Canc Netw* 2003; 1:344–74
2. Howell D, Currie S, Mayo S, et al. A Pan-Canadian Clinical Practice Guideline: Assessment of Psychological Health Care Needs of the Adult Cancer Patient. Toronto, ON: Canadian partnership against cancer (cancer journey action group) and the Canadian association of psychological oncology; 2009.
3. Kadan–Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer* 2005; 104:2872–81
4. Buchmann L, Conlee J, prevalent in head and neck patients. *Laryngoscope* 2013; 123(6): 1424-1429.
5. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001; 10:19-28.
6. Graves KD, Arnold SM, Love CL, Kirsh KL, Moore PG, Passik SD. Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically-significant distress. *Lung Cancer* 2007; 55:215-24.
7. Tishelman C, Petersson L-M, Degner LF, Sprangers MAG. Symptom prevalence, intensity, and distress in patients with inoperable lung cancer in relation to time of death. *J Clin Oncol* 2007; 25:5381-9.
8. Ma L, Poulin P, Feldstain A, Chasen MR. The association between malnutrition and psychological distress in patients with advanced head-and-neck cancer. *Curr Oncol* 2013; 20: 554-560.

9. Lebel S, Tomei C, Feldstain A, Beattie S, McCallum M. Does fear of cancer recurrence predict cancer survivors' health care use? *Support Care Cancer* 2013; 21:901–6.
- 2006; 444:854-859.
10. López-Roig, S., Terol, M. C., Pastor, M. A., Massutí, B., Rodríguez-Marín, J., Neipp, M. C., Leyda, J.I., Martín-Aragón, M., Sánchez, S., y Sitges, E: Ansiedad y Depresión. Validación de la escala HAD en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología de la Salud* 2000; 2 (12): 127-157.
- 11 Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 52:69-77.