

PSICO-ONCOLOGÍA EN LA PACIENTE GINECOLÓGICA

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Ana M ^a Lara Ramos María Cortes Fuentes Espejo María Carbonell López	Daniel María Lubián López Marta Blasco Alonso	18/8/2023
		Fecha revisión
		24/10/2023

OBJETIVOS

- Abordar los aspectos emocionales y psicológicos de la paciente ginecológica oncológica, o con alto riesgo oncológico (genético o familiar), y de su familia con el fin de mejorar su calidad de vida de ambos.
- Favorecer intervenciones que contribuyan a mejorar el sistema inmunológico de la paciente oncológica (Psiconeuroinmunología).
- Identificar síntomas ansiosos y depresivos para establecer una conducta terapéutica temprana (Cribado de psicopatología y duelo patológico).
- Trabajar de manera coordinada con otras áreas hospitalarias que atienden a la paciente oncológica, con el fin de conseguir una atención integral (Equipo multidisciplinar).
- Adquirir habilidades para la comunicación de malas noticias en el contexto de la paciente oncológica y su familia.

MÉTODO

- Realizar cribado psicopatológico e intervención psicológica de la paciente desde el momento en que se comunica el diagnóstico y durante el proceso de la enfermedad.
- Entrenamiento y sensibilización del personal que trabaja en oncología médica y quirúrgica en psicología oncológica, e incentivar la derivación de las pacientes a los servicios psicológicos con objeto de iniciar una intervención emocional.
- Es importante que el personal sanitario que atiende a estas pacientes no excluya o evite las reacciones emocionales que presenten la paciente y sus familiares.
- Contemplar la necesidad que un tratamiento psicológico que pueda otorgar a las pacientes y a sus familias habilidades para adaptarse de forma satisfactoria al impacto de la enfermedad (Aumentar su Resiliencia)

ASPECTOS GENERALES

A mediados de 1970, la barrera para revelar el diagnóstico oncológico se eliminó, y este hecho hizo posible que se pudiera hablar con las pacientes del diagnóstico y de las implicaciones del cáncer para sus vidas.

La enfermedad oncológica trasciende los aspectos somáticos y pone de manifiesto aspectos emocionales que se relaciona con la vivencia de la vida y la muerte, y los cambios que implica el diagnóstico oncológico en la vida diaria de las pacientes. Las pacientes ginecológicas oncológicas experimentan una variedad de respuestas emocionales difíciles, la mayoría de ellas presentan sintomatología que no satisface los criterios diagnósticos de ningún trastorno mental específico.

El sufrimiento psicológico se presenta a lo largo de un continuo que abarca desde aspectos de la adaptación normal hasta trastornos de adaptación, entre ellos encontramos los siguientes:

- Sufrimiento psicosocial.
- Trastornos de adaptación.
- Ansiedad relacionada con el cáncer.

La ansiedad se manifiesta con frecuencia en distintos momentos: durante la detección, el diagnóstico, la comunicación del mismo (“mala noticia”), el tratamiento y la recidiva del cáncer. La ansiedad puede afectar a la conducta de la paciente con respecto a su salud, favoreciendo la demora o el descuido de medidas preventivas que podrían prevenir el cáncer, por el temor al diagnóstico.

Por otra parte, la ansiedad puede contribuir en las mujeres que padecen cáncer a aumentar la expectativa del dolor y otros síntomas de sufrimiento y alteraciones del sueño. Puede ser un factor importante para la aparición de náuseas y vómitos anticipatorios. La ansiedad se debe evaluar y tratar, pues puede contribuir de modo significativo en un empeoramiento de la calidad de vida de la paciente y de sus familiares.

DEFINICIONES

Fases del duelo de Elisabeth Kübler-Ross

1. Negación, habitualmente va acompañada de un estado de shock, evitación y miedo.
2. Ira, asociada a sentimientos de frustración, impotencia.
3. Negación, la persona guarda la esperanza de que nada cambie.

4. Depresión, la persona empieza a asumir de manera definitiva la realidad y esto le genera sentimientos de tristeza y desesperanza, acompañado de los síntomas típicos de los estados depresivos.
5. Aceptación y la llegada de un estado de calma asociado a una comprensión de la pérdida.

Con el fin de que los profesionales de la salud sean capaces de realizar intervenciones de tratamiento adecuadas para las necesidades de la paciente, es importante distinguir entre las reacciones psicológicas evolutivas que caracterizan la adaptación fisiológica durante su convivencia con el cáncer, de los trastornos mentales más graves. Para ello presentamos las siguientes definiciones:

- **Adaptación normal (“fisiológica”):** El ajuste o la adaptación psicosocial al cáncer se define como un proceso constante durante el cual cada paciente trata de manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer, y dominar o controlar los acontecimientos vitales relacionados con el mismo. La adaptación al cáncer consta de una serie de respuestas continuas para enfrentar los múltiples acontecimientos que impone el hecho de vivir con cáncer.
- **Sufrimiento psicosocial:** El sufrimiento en el entorno de la paciente con cáncer se define como “una experiencia multifactorial desagradable de naturaleza psicológica (es decir, cognitiva, conductual y emocional), social, espiritual o física que a veces interfiere con la capacidad de la persona de enfrentar el cáncer, los síntomas físicos y su tratamiento de manera eficaz. El sufrimiento se extiende a lo largo de un continuo que va desde los sentimientos normales comunes de vulnerabilidad, tristeza y temor hasta problemas que se pueden tornar incapacitantes, como la depresión, la ansiedad, el pánico, el aislamiento social, y la crisis existencial y espiritual.
- **Trastornos de adaptación:** Los trastornos de adaptación, categoría diagnóstica de la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la American Psychiatric Association (DSM-5), se caracterizan por la presencia de síntomas conductuales o emocionales importantes desde el punto de vista clínico que resultan en un sufrimiento marcado o un deterioro significativo en áreas de funcionamiento social, ocupacional u otras que sean importantes. Los síntomas que se presentan en respuesta a un factor psicosocial identificable de estrés psicosocial (por ejemplo, un diagnóstico de cáncer) son menos graves que en los trastornos mentales diagnosticados como trastorno depresivo mayor o un trastorno de ansiedad generalizada, y no representan un duelo normal.

- **Trastornos de ansiedad:** Grupo de trastornos mentales cuyos síntomas comunes incluyen ansiedad excesiva, preocupación, miedo, aprensión o temor. Aunque cierta ansiedad puede ser adaptativa, particularmente en respuesta a factores de estrés, como el cáncer, los trastornos de ansiedad reflejan miedos, preocupaciones y terrores a menudo ilógicos e injustificados. En el DSM-5 se incluyen el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de angustia, la agorafobia, el trastorno de ansiedad social, la fobia específica, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de estrés postraumático como tipos de trastornos de ansiedad.

FACTORES DE RIESGO

Las tasas de prevalencia del sufrimiento psicológico en pacientes oncológicos oscilan entre el 22 y el 58%. Aproximadamente el 40% de los pacientes con cáncer informan sentir mucho sufrimiento. Los factores pronósticos más importantes para el sufrimiento son:

- Incapacidad
- Peor calidad de vida.
- Necesidades psicológicas constantes insatisfechas

La prevalencia del sufrimiento a lo largo de la evolución clínica en un estudio con 236 mujeres con cáncer de mama recién diagnosticado, durante la espera de la primera consulta con el cirujano oncológico, se estimó en un 41%. En este grupo de mujeres, el 11% notificaron síntomas de depresión mayor y un 10% de estrés postraumático.

Entre los factores de riesgo relacionados, se encuentran problemas asociados a la vivienda, el cuidado de los hijos, el trato con la pareja, la depresión, los miedos, el nerviosismo, la tristeza, la preocupación por dolencias físicas relacionadas con la enfermedad o los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos. Otros factores relacionados son la edad más joven y presentar un trastorno mental diagnosticable en el momento del diagnóstico.

Tabla 1. Factores asociados a depresión en Oncología

Factores demográficos y médicos	Factores vinculados a la enfermedad oncológica	Factores psicosociales
<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Género • Red de apoyo • Diagnóstico Oncológico • Tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor y distrés físico • Mecanismos biológicos • Etapa de la enfermedad • Proximidad a la muerte 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad del apego (calidad del vínculo) • Autoestima • Soporte y apoyo social • Espiritualidad y religiosidad

Adaptado de: Li M, Fitzgerald P, Rodin G. Evidence-based treatment of depression with cancer. J Clin Oncol.2012; 30, 11: 1187-1196. Li M, Rodin G: Depression, in Levenson JL (ed): Textbook of Psychosomatic Medicine: Psychiatric Care of the Medically Ill (ed 2). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2011:175-197.(21-27).

ASPECTOS ESPECÍFICOS RELATIVOS AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN LAS PACIENTES ONCOLÓGICAS

La superposición de síntomas que se producen en la paciente oncológica debido a su condición médica, dificulta el diagnóstico correcto de un episodio depresivo. Raison y Miller estudiaron este aspecto, precisando qué era lo intrínsecamente síntoma depresivo en las pacientes oncológicas. Encontraron una serie de síntomas comunes entre una depresión y lo que estos autores han definido como “comportamiento de enfermedad” (*Sickness behavior*). Concluyeron que, el ánimo depresivo, los síntomas de culpa e inutilidad y la presencia de ideación suicida serían los síntomas más característicos para plantear un episodio depresivo mayor en una paciente oncológica. La importancia de la identificación de estos síntomas radica en indicar un tratamiento de forma temprana, dada la afectación en la calidad de vida junto con el riesgo aumentado de la presencia de ideas autolíticas (Tabla 2).

Tabla 2. Síntomas depresivos más frecuentes en pacientes oncológicos.

COMPORTAMIENTO DE ENFERMEDAD	DEPRESIÓN
Anhedonia	Anhedonia
Aislamiento social	Aislamiento social
Fatiga	Fatiga
Anorexia	Anorexia
Pérdida de peso	Pérdida de peso
Alteraciones del sueño	Alteraciones del sueño
Alteración cognitiva	Alteración cognitiva
Disminución de la libido	Disminución de la libido
Enlentecimiento psicomotor	Enlentecimiento psicomotor
Hiperalgnesia	Ánimo depresivo
	Culpa
	Inutilidad
	Ideación suicida

Adaptado de Charles L. Raison and Andrew H. Miller. Depression in Cancer: New Developments Regarding Diagnosis and Treatment. BIOL 2003;54:283–294

La depresión se relaciona con un pronóstico más desfavorable en el tratamiento de las pacientes oncológicas, con aumento de la morbilidad y mortalidad. Además, la severidad de los síntomas depresivos se relaciona con mayor estancia hospitalaria, baja adherencia a tratamientos, empeoramiento de la calidad de vida, desesperanza y suicidio.

Es importante analizar los síntomas depresivos en cada contacto con la paciente, pues permite precisar mejores estrategias de enfrentamiento a la enfermedad y ayuda a establecer protocolos de tratamiento. Hay que determinar si la paciente se encuentra en una etapa de duelo, un trastorno adaptativo o un cuadro depresivo, y en función de ello indicar las intervenciones psicoterapéuticas y/o tratamiento psicofarmacológico. Es frecuente que pacientes que presentan síntomas depresivos leves sean infradiagnosticadas y no tratadas adecuadamente. Y es que, en muchas ocasiones, las transiciones entre el trastorno adaptativo con ánimo depresivo y los cuadros depresivos leves son difíciles de precisar. Es en esa transición, donde los clínicos deben estar pendientes para iniciar el

tratamiento indicado a tiempo.

CRIBADO DE PSICOPATOLOGÍA O DEL DUELO PATOLÓGICO EN LA PACIENTE ONCOLÓGICA

A continuación, exponemos algunas escalas de calidad de vida con el fin de que las pacientes las puedan autocumplimentar en consulta u online y determinar aquellas sobre las que debemos tener más vigilancia o diagnosticar y tratar. La Sociedad Española de Oncología Médica propone para la medición de la calidad de vida de forma global las escalas EORTC y la FACT (“Functional Assessment of Cancer Treatment”).

La Escala EORTC (tabla 3), consiste en un cuestionario de 30 preguntas repartidas en 3 ámbitos: Capacidad funcional (aspecto físico, papel social, capacidad cognitiva, factores emocionales y sociales), síntomas (astenia, dolor y náuseas/vómitos) y valoración global.

Tabla 3. Escala EORTC QLQ-C30

Por favor, rodee con un círculo la respuesta elegida	No	Si
1. ¿Tiene dificultades para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar la bolsa de la compra o una maleta?	1	2
2. ¿Tiene dificultades para dar un paseo largo?	1	2
3. ¿Tiene dificultades para dar un paseo corto fuera de casa?	1	2
4. ¿Tiene que quedarse en cama o sentado la mayor parte del día?	1	2
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al baño?	1	2
6. ¿Tiene problemas para hacer su trabajo o tareas de casa?	1	2
7. ¿Es totalmente incapaz de hacer su trabajo o las tareas de la casa?	1	2

Por favor, rodee con un círculo la respuesta elegida	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
8. ¿Ha tenido asfixia?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Ha necesitado parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4

13. ¿Le ha faltado apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñida?	1	2	3	4
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Ha estado cansada?	1	2	3	4
19. ¿Le molestó el dolor para hacer sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido problemas para concentrarse en leer el periódico o ver la TV?	1	2	3	4
21. ¿Se sintió nerviosa?	1	2	3	4
22. ¿Se sintió preocupada?	1	2	3	4
23. ¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24. ¿Se sintió deprimida?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas?	1	2	3	4
26. ¿Ha influido su estado físico o el tratamiento en su vida familiar?	1	2	3	4
27. ¿Ha influido su estado físico o el tratamiento en su vida social?	1	2	3	4
28. ¿Ha tenido problemas económicos por su estado físico o el tratamiento?	1	2	3	4

Por favor, rodee con un círculo el número del 1 al 7 lo que mejor se aplique a usted	Pésima							Excelente
29. ¿Cómo valoraría su condición física general durante la semana pasada?	1	2	3	4	5	6	7	
30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida general durante la semana pasada?	1	2	3	4	5	6	7	

La escala FACT (Tabla 4), se basa en 33 preguntas agrupadas en 4 ámbitos: Físico, funcional, social y emocional.

Tabla 4. Escala FACT					
Rodee con un círculo la respuesta que mejor defina su situación: Bienestar Físico	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Mucho
1. Me falta energía	0	1	2	3	4

2. Tengo náuseas	0	1	2	3	4
3. Me cuesta atender a mi familia	0	1	2	3	4
4. Tengo dolor	0	1	2	3	4
5. Me molestan los efectos 2os del tratamiento	0	1	2	3	4
6. Me suelo sentir enferma	0	1	2	3	4
7. Tengo que pasar tiempo en cama	0	1	2	3	4
8. ¿Cuánto afecta el bienestar físico a su calidad de vida?	Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho				
Bienestar social y familiar	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Mucho
9. Me noto alejada de mis amigos	0	1	2	3	4
10. Mi familia me apoya	0	1	2	3	4
11. Me ayudan mis amigos y vecinos	0	1	2	3	4
12. Mi familia ha aceptado la enfermedad	0	1	2	3	4
13. En casa no se habla de mi enfermedad	0	1	2	3	4
14. Me siento próxima a mi pareja (si procede)	0	1	2	3	4
15. Estoy satisfecha con mi vida sexual	0	1	2	3	4
16. ¿Cuánto afecta el bienestar social y familiar a su calidad de vida?	Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho				
Relación con el médico	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Mucho
17. Confío en mi médico	0	1	2	3	4
18. Mi médico se ofrece a contestar mis preguntas	0	1	2	3	4
19. ¿Cuánto afecta la relación con el médico a su calidad de vida?	Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho				
Bienestar emocional	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Mucho
20. Me siento triste	0	1	2	3	4
21. Estoy orgullosa de cómo llevo la enfermedad	0	1	2	3	4
22. Estoy perdiendo la esperanza en la lucha contra mi enfermedad	0	1	2	3	4
23. Me siento nerviosa	0	1	2	3	4
24. Me preocupa la muerte	0	1	2	3	4
25. ¿Cuánto afecta su bienestar emocional a su calidad de vida?	Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho				
Capacidad de realizar tareas	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Mucho
26. Puedo trabajar (incluye tareas del hogar)	0	1	2	3	4
27. Mi trabajo es satisfactorio	0	1	2	3	4
28. Soy capaz de disfrutar cada momento	0	1	2	3	4
29. He aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
30. Duermo bien	0	1	2	3	4
31. Disfruto con mis aficiones habituales	0	1	2	3	4

32. Estoy contenta con mi calidad de vida actual	0	1	2	3	4								
33. ¿Cuánto afecta su capacidad de realizar tareas a su calidad de vida?	Nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN PSICOONCOLOGÍA

- ❖ **Consejería:** Término genérico que se utiliza para referirse al apoyo psicosocial que brinda un profesional cualificado.
- ❖ **Psicoeducación:** Proveen de información que incremente el conocimiento sobre la patología y los síntomas, reduciendo la incertidumbre de la paciente.
- ❖ **Técnicas de relajación:** Otorgan herramientas que disminuyan la tensión mental mediante actividades de meditación, ejercicios de relajación muscular e imaginación.
- ❖ **Terapia centrada en la solución de problemas:** generación, aplicación y solución de conflictos identificados por las pacientes.
- ❖ **Terapia cognitivo conductual:** Identificación y cambio de pensamientos y comportamientos no adaptativos y reducción de emociones negativas promoviendo la adaptación psicológica.
- ❖ **Terapia interpersonal:** Identificar los problemas y dificultades relativas a la actividad interpersonal y a las relaciones humanas, enfatizando los roles en torno al duelo oncológico y promoviendo la adaptación psicológica.
- ❖ **Psicoterapia y psicodinámicas (apoyo expresivo):** Comunicación y procesamiento de la experiencia subjetiva y creación de significados basados en la relación terapéutica para reducir la angustia y promover el reajuste psicológico.

COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

En la práctica clínica habitual, la comunicación de malas noticias forma parte de la actividad cotidiana y es nuestro deber inexcusable darlas, y éticamente reprochable no saber transmitir las correctamente. Comunicamos a las pacientes información desagradable que transformará su vida y la de su círculo cercano. La transmisión de esta información es compleja, y precisa del ejercicio de habilidades verbales, empatía, conocimiento y capacidad para responder a la reacción emocional de la paciente. Es importante el manejo de esta situación en el ámbito sanitario, ya que la forma en que dicha información sea procesada influirá en las futuras decisiones y en la forma de enfrentar los

diversos factores que se tienen en contra. Una actitud y habilidades inadecuadas por parte de los profesionales que comunican una mala noticia, puede generar graves obstáculos para la confrontación y posible solución de la nueva situación que se enfrenta.

En la comunicación de malas noticias, el portador de las mismas no es el actor principal, sino el receptor de la información. El portador de la información puede expresar con frecuencia ansiedad por la carga de responsabilidad y miedo a la evaluación negativa. Este estrés y angustia hace que los profesionales responsables de transmitir esta información se puedan mostrar reticentes a dar noticias desfavorables. Es importante por ello, que estos profesionales responsables del bienestar y futuro de las pacientes encaren ciertos miedos específicos como, a ser culpados, a enfrentar una reacción no anticipada, a expresar emociones inapropiadas, a no ser capaces de satisfacer las necesidades emocionales de la paciente o a no poder resolver las preguntas que se les planteen.

Aunque la transmisión de malas noticias es una fuente de sufrimiento, la información que se comunica puede ser importante para planificar el futuro de las personas. Por este motivo, es muy importante que los profesionales de la salud se entrenen y formen adecuadamente en la comunicación de eventos desafortunados y habilidades comunicativas. En muchas ocasiones, la manera en que son transmitidas las malas noticias determina en las pacientes su nivel de esperanza, su confianza y apego a las posibles soluciones, así como su nivel de adaptación psicológica a su nueva situación. La secuela de una información desfavorable transmitida de forma abrupta e intensa puede ser devastadora, dejando una marca psicológica para largo tiempo. Algunos estudios han demostrado que, cuando los profesionales sanitarios no se sienten cómodos dando malas noticias, pueden evitar informar de aspectos preocupantes como un mal pronóstico, o transmitir un optimismo injustificado a las pacientes.

Para transmitir una mala noticia en oncología es importante considerar los siguientes aspectos, con el fin de mejorar el proceso de comunicación:

- **Ser directo y honesto/a, pero ser sensible a la “verdad del paciente”, sin imponer “nuestra verdad” o “la verdad científica del momento; la evidencia”.**
- **Nunca engañar.** Si quiere saber sobre diagnóstico, pronóstico, efectos secundarios de tratamientos, se le debe decir la verdad, pero si no lo desea, no debe imponerse “nuestra verdad”.
- **Evitar la “conspiración del silencio”.** No hablar con la familia a sus espaldas, sólo crea inseguridad, insatisfacción con la atención recibida y miedos fundados o no.
- **Debemos preguntar a la paciente oncológica ¿Qué sabe? Y ¿Qué desea saber?** en el momento del diagnóstico, y en cada momento evolutivo de su enfermedad.

- Tener **experiencia y conocimientos** en tumores ginecológicos
- La comunicación ha de ser **ininterrumpida y entregada**, con atención plena en permitir que la paciente procese la nueva información.
- En algunas ocasiones es preciso mantener un **canal de comunicación abierto**, ya que, transmitir una mala noticia no suele ser un evento puntual, sino que precisa de realizaraclaraciones y ofrecer más información en el futuro.
- Los diagnósticos y malas noticias **deben ser transmitidas por el médico responsable**, no por familiares o amigos.
- Ser **sensible** a las necesidades personales y particularidades culturales de cada paciente. Preguntar a la paciente por sus preferencias individuales sobre la divulgación completa de la información. Antes de dar malas noticias es preciso conocer que tanto están preparadas para saber.
- Elegir un **entorno adecuado, tranquilo y privado, libre de interrupciones**, con el fin de transmitirle a la paciente respeto y mantener su dignidad.
- Ser **sensible a las reacciones** verbales, físicas y emocionales de la paciente, de esta manera se puede ayudar a guiar el grado de atención y apoyo que se ofrece durante la conversación.
- Evaluar la propia **respuesta emocional** y mantener la compostura ofreciendo **empatía**, pero siendo **objetivo y solidario**.

Modelos para comunicar malas noticias

MODELO SPIKES

Describe una serie de pasos a considerar cuando se transmite una información desfavorable:

- **“S” por configuración (Setting up):** Preparación y planificación de la entrevista, creando un plan sobre qué decirle a la paciente y cómo se responderá a las reacciones emocionales de las mismas o a sus preguntas difíciles. Además, involucra la preparación del espacio físico y las condiciones del encuentro, cuidando la privacidad del lugar, previniendo posibles interrupciones e involucrando a los profesionales y personas de apoyo necesarias.
- **“P” por Percepción:** Realizar preguntas abiertas con el fin de obtener una imagen precisa de cómo la paciente percibe su situación antes de comunicar la información desfavorable.
- **“I” por Invitación:** Explorar la disposición de la paciente a recibir la información y la cantidad de detalles sobre la misma. Este hecho es importante para compartir la información que sea útil y

deseada en el momento. Algunas pacientes requieren tiempo para procesar datos específicos y deben ser informadas poco a poco.

- **“K” por Conocimiento (knowledge) o información:** Advertir a la paciente sobre el hecho de que se va a transmitir una información desfavorable. Compartir esta información en un lenguaje sencillo, sin tecnicismos y sin enfatizaciones innecesarias. Ofrecer la noticia en pequeños fragmentos e ir comprobando periódicamente la comprensión del receptor.
- **“E” por Emociones:** Afrontar las emociones de la paciente con respuestas empáticas. Observar e identificar sus reacciones, reconocer su origen y dar tiempo para que sean procesadas.
- **“S” por estrategia (strategy):** Mostrar a la paciente un plan claro para el futuro, precisando el papel de los profesionales sanitarios implicados en el mismo. Despejar cualquier duda sobre la situación a la que se enfrenta y el verdadero propósito y alcance de las alternativas propuestas.

MODELO PEWTER

- **Preparar (Prepare):** Ordenar la información que se presentará y comprender cómo presentarla en un lenguaje claro y cotidiano. Implica preparar un escenario que garantice una reunión privada y sin interrupciones.
- **Evaluar (Evaluate):** investigar qué información ya sabe o sospecha la paciente, además de analizar su estado cognitivo y psicológico, así como su lenguaje no verbal.
- **Advertir (Warning):** indicar a la paciente que se van a informar de noticias desfavorables
- **Decir (Telling):** presentación de las malas noticias de forma directa, tranquila y sin disculpas.
- **Respuesta emocional (Emotional response):** evaluar la reacción de la paciente a las malas noticias.
- **Reagrupación (Regrouping preparation):** establecer un plan donde el profesional y la paciente colaboren para responder a las malas noticias. En muchos casos, involucra ofrecer algún tipo de esperanza en los medios o los resultados; siempre y cuando dicha esperanza se encuentre fundamentada en una expectativa realista.

Aspectos a evitar al transmitir malas noticias

- No haber considerado algún tipo de plan o estrategia de antemano.
- Comunicar las malas noticias en un espacio público que permita interrupciones e impida la

- privacidad.
- Intentar dar toda la información de una sola vez, con el fin de terminar la interacción incómoda lo antes posible.
 - No estar preparado sobre el tema o las alternativas de respuesta.
 - Ser demasiado críticos o críticas con nuestras propias técnicas de comunicación.
 - Compartir la información desagradable sin tener cuidado de los sentimientos de la paciente.
 - No asegurarse de que la otra persona comprenda el contenido, la naturaleza o la gravedad de las malas noticias.
 - No advertir previamente a la paciente de que se le va a transmitir una información desfavorable.
 - Dar la información de forma acelerada.
 - No estar abierto a dudas o aclaraciones.
 - Intentar hacer de las malas noticias, buenas noticias.
 - Transmitir optimismo injustificado o contribuir a un falso sentido de esperanza.

BIBLIOGRAFIA

1. Cancer.gov [Internet] Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento [2021]. Disponible en: [https:// www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/](https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/) ansiedad- sufrimiento- pro-pdq
2. Camacho-Conde, José. (2018). Protocolo de Actuación en Psicooncología Hospitalaria. 10.13140/RG.2.2.25263.89768.
3. Brennan J. Adjustment to cancer - coping or personal transition? *Psychooncology* 2001 Jan- Feb; 10 (1): 1-18.
4. Nicholas DR, Veach TA: The psychosocial assessment of the adult cancer patient. *Prof Psychol* 2000; 31 (2): 206-15.
5. National Comprehensive Cancer Network: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management. Version 2.2023. Plymouth Meeting, Pa: National Comprehensive Cancer Network, 2022. Last accessed April 11, 2023.
6. Fashoyin-Aje LA, Martinez KA, Dy SM: New patient-centered care standards from the commission on cancer: opportunities and challenges. *J Support Oncol* 2012 May-Jun; 10 (3): 107-11.
7. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Association, 2013.
8. Carlson LE, Waller A, Mitchell AJ: Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. *J Clin Oncol* 2012; 30 (11): 1160-77.
9. Hegel MT, Moore CP, Collins ED, et al.: Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer* 2006; 107 (12): 2924-31.
10. Raison Ch, Miller AH. Depression in Cancer: New Developments Regarding Diagnosis and Treatment. *BIOL* 2003;54:283–294
11. Ramasubbu R, Patten SB. Effect of depression on stroke morbidity and mortality. *Can J Psychiatry* 2003; 48:250–7. PMID: 12776392.
12. Charles L. Raison and Andrew H. Miller. Depression in Cancer: New Developments Regarding Diagnosis and Treatment. *BIOL* 2003;54:283–294.
13. Li M, Fitzgerald P, Rodin G. Evidence-based treatment of depression with cancer. *J Clin*

- Oncol.2012; 30, 11: 1187-1196. Li M, Rodin G: Depression, in Levenson JL (ed): Textbook of Psychosomatic Medicine: Psychiatric Care of the Medically Ill (ed 2). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2011 (21-27):175-197.
14. Li M, Fitzgerald P, Rodin G. Evidence-based treatment of depression with cancer. J Clin Oncol.2012; 30, 11 (22): 1187-1196.
 15. Herrera, A., Ríos, M., Manríquez, J., Rojas, G. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. Revista Médica de Chile, 2014; 142.
 16. Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E., Kudelka, A. *SPIKES*-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. The Oncologist 2000;(5).
 17. Bumb, M., Keefe, J., Miller, L., Overcash, J. *Breaking Bad News*: An evidence-based review of communication models for oncology nurses. Clinical Journal of Oncology Nursing 2017; (21) 5.
 18. Díaz, L., Cuesta, M., Díaz, M. La formación médica en comunicación de malas noticias: Una revisión narrativa. Revista Española de Educación Médica 2020; (2) 32-42.