

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS SOMETIDOS A CIRUGÍA TORÁCICA

Sara Bringas*, Alicia Krikorian**, Florentino Hernando*, Olga Rodríguez*, José Ramón Jarabo*, Elena Fernández*, Ana María Gómez*, Joaquín Calatayud*, M^a Eugenia Olivarres*** y José Luis Balibrea*

* Servicio de Cirugía General y del Aparato digestivo II y Cirugía Torácica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

** Instituto de Cancerología. Unidad de Psicooncología. Medellín (Colombia).

*** Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

El cáncer de pulmón es, en la actualidad, la primera causa de muerte por cáncer en el hombre y la segunda en la mujer. Además la tasa de incidencia y mortalidad por carcinoma pulmonar sigue aumentando en la población mundial.

La resección quirúrgica, si es factible, es el tratamiento de elección. Sin embargo, la cirugía constituye una fuente de estrés psicológico elevado tanto para el paciente como para sus familiares. En el presente trabajo se expone el protocolo de evaluación e intervención psicosocial desarrollado en pacientes intervenidos por cáncer de pulmón en la Unidad de Cirugía Torácica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, con el objetivo de contribuir a la reducción del estrés psicológico y el malestar emocional y mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: Cáncer de pulmón, tratamiento quirúrgico, evaluación psicosocial, intervención psicosocial, calidad de vida.

Abstract

At present, lung cancer is the most common cause of death worldwide from cancer in men and the second among women. Moreover, lung cancer shows an increasing rate of incidence and mortality among the world's population. Surgical resection, if feasible, is the treatment of choice. However, surgical treatment can cause a great amount stress, both for patients and their families. To reduce psychological and emotional distress and improving quality of life, psychosocial evaluation and intervention should begin prior to the surgical procedure and continue through the postsurgical period. In this paper, the psychosocial evaluation and intervention protocol developed in the Thoracic Surgery Unit of the Hospital Clínico San Carlos of Madrid is presented.

Key words: Lung cancer, surgical treatment, psychosocial evaluation, psychosocial intervention, quality of life.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma pulmonar (CP) es un importante problema sanitario en los países industrializados, ya que es la cau-

sa principal de muerte por cáncer en el hombre y la segunda en la mujer, después del de mama. En muchos países europeos y Norteamérica la mortalidad por cáncer de pulmón femenino ya su-

Correspondencia:

Sara Bringas García
Unidad de Cirugía Torácica 3^o Planta Sur
Hospital Clínico San Carlos
C/ Profesor Martín Lagos s/n
28040. Madrid.
E-mail: sspraga@yahoo.es

pera a la de cáncer de mama. En la actualidad se producen cerca de 400.000 fallecimientos por cáncer de pulmón al año en EEUU y la Unión Europea. Esto representa el 28% de todas las muertes producidas por cáncer y cerca del 6% de todos los fallecimientos en general^(1,2).

En España se diagnostican unos 20.000 casos anuales, lo que representa el 18,4% de los tumores entre los hombres (18.000 casos) y el 3,2% entre las mujeres (2.000 casos). La incidencia del cáncer de pulmón en nuestro país, comparada con el resto del mundo, se puede considerar alta para el género masculino (tasa ajustada mundial en 2002: 55,8 nuevos casos/100.000 habitantes/año), solo superada por los países de Europa del Este y Norteamérica. Su tendencia es a estabilizarse desde mediados de los años 90, e incluso descendiendo desde el año 2000. Sin embargo, en la población femenina la incidencia es de las más bajas del mundo (tasa ajustada mundial en 2002: 5,4 nuevos casos/100.000 habitantes/año), aunque desde la mitad de los años 90, es de las que más rápidamente está aumentando, no solo de entre las europeas sino mundialmente (a un ritmo estimado del 2,4% anual)⁽²⁾.

El carcinoma de pulmón, supone por lo tanto, un problema sanitario grave que en números absolutos podría ya superar la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

Existen firmes datos que corroboran la relación existente entre el consumo habitual de tabaco (incluso por inhalación pasiva) y el cáncer de pulmón. Aproximadamente el 90% de los pacientes que padecen esta patología tienen una historia previa de tabaquismo y, por lo tanto y como era esperable, una prevalencia alta de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), puesto que comparten factores etiopatogénicos. Desde el punto de vista psicológico,

los trastornos de ansiedad post-diagnóstica, frecuentes en este tipo de enfermos, tienen gran importancia en la manifestación de síntomas respiratorios tales como disnea, tos o dolor torácico, provocando en ellos una mayor agudización de la sintomatología propia de enfermedades respiratorias previas como el asma, la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar⁽³⁾.

Burns y Howell⁽⁴⁾ son los primeros en mencionar el concepto de "disnea desproporcionada" para referirse a aquellos pacientes cuyo síntoma es más severo que lo sugerido por el compromiso funcional respiratorio. Estos pacientes tienen una elevada incidencia de trastornos psicopatológicos. El síndrome de hiperventilación, generalmente asociado a un estado crónico de ansiedad, se manifiesta como disnea a pesar de la ausencia de defectos funcionales respiratorios objetivables.

En esta misma línea Altose et al⁽⁵⁾ destacan la importancia del componente afectivo en los cuadros disneicos, además del sensorial. Explican que el componente afectivo se relaciona con el perfil psicológico del individuo o su percepción del significado del síntoma; en cambio el componente sensorial puede explicarse mejor por los eventos fisiopatológicos y la información aferente que llega al sistema nervioso central. Comprender esta distinción es importante desde una visión terapéutica, ya que el componente afectivo puede ser tratado aún cuando los factores sensoriales no puedan serlo.

Justificación de la necesidad de la intervención psicosocial perioperatoria

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico elevado, ya que obligan a los pacientes a enfrentarse a situaciones desconoci-

das –impredecibles– y que, además, implican riesgos reales. A su vez, se ven obligados a hacer uso de unos recursos emocionales –de los que en ocasiones carecen– para afrontar la realidad tanto de su enfermedad como del proceso quirúrgico, y adaptarse psicológicamente al evento traumático, de lo cual se deriva la alta incidencia de síntomas de ansiedad⁽⁶⁾.

Pero, ¿qué se entiende por ansiedad prequirúrgica? Se define como un estado emocional displacentero, que antecede y persiste más allá del acto quirúrgico, manifestado a través de un patrón variable de respuestas que engloban aspectos: 1) cognitivos: de amenaza, miedo y aprensión; 2) fisiológicos: caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, además de cambios endocrinos, inmunológicos, etc., y 3) motores: de evitación e inquietud⁽⁷⁾.

Mardarás Platas⁽⁸⁾ destaca cómo los enfermos con una adaptación preoperatoria normal (aquellos que tienen una visión realista tanto de su enfermedad como de su experiencia quirúrgica y el grado esperable de ansiedad frente al peligro objetivo de la cirugía) presentan una buena evolución postoperatoria. Por el contrario, los pacientes con una inadecuada adaptación psicológica en el periodo preoperatorio –a menudo también con un tipo de personalidad de rasgos psicopatológicos–, presentan mayores dificultades en su evolución clínico-quirúrgica⁽⁸⁾. Es, por tanto, en este momento del proceso, cuando la intervención psicosocial se hace necesaria como medida preventiva y punto de partida en la preparación del paciente.

Otro aspecto a tener en cuenta en estos pacientes es su calidad de vida. Hay evidencias que sugieren que el funcionamiento físico es el área más afectada

y que mayor relación tiene con la supervivencia y el estado emocional⁽⁹⁻¹⁵⁾. Los pacientes con enfermedad avanzada y tratamientos de perfil paliativo tienden a presentar más síntomas físicos y deterioro general en su calidad de vida, mientras que aquellos con enfermedad en estadios tempranos presentan un deterioro inicial durante el tratamiento pero recuperan su estado basal en un transcurso de 6 a 9 meses^(16,17).

Un buen manejo de la comunicación médico-paciente y el apoyo de los profesionales sanitarios pueden mejorar la adherencia del enfermo a los tratamientos y el control sintomático⁽¹⁸⁾, fomentando en él un afrontamiento más activo de su enfermedad⁽¹⁹⁾, lo que también influirá en una mejora de su calidad de vida.

Son varios los autores que han observado cómo el malestar emocional asociado al cáncer de pulmón puede tener relación con una mala evolución de éste. De igual forma, los pacientes que manifiestan malestar emocional se encuentran relacionados con un mayor consumo de tabaco y más síntomas característicos de la enfermedad^(20,21). Aproximadamente entre el 15% y el 44% de los pacientes presentan síntomas de depresión tras recibir el diagnóstico, mientras que el 23% los presentan de ansiedad⁽²²⁻²⁷⁾.

La sintomatología depresiva en particular, y el malestar emocional en general, no son evaluados habitualmente en pacientes con cáncer de pulmón, sea este reseccable o no, aunque la mayoría de las investigaciones indican la necesidad de soporte psicosocial y su impacto en la mejora de la calidad de vida del paciente. Más aún, los pacientes se enfrentan a grados importantes de incertidumbre y miedo a la recurrencia de la enfermedad tras la cirugía, el conocido “síndrome de la espada de Damocles”,

aunque el tratamiento quirúrgico en etapas tempranas sea considerado curativo^(28,29). El estado psicológico de los pacientes requiere ser sistemáticamente evaluado durante todo el período de rehabilitación, así como la presencia de dolor y disnea que, de forma directa o indirecta, puedan estar provocando o manteniendo dicho malestar.

Finalmente, respecto a las estrategias de afrontamiento, se ha demostrado que el estilo depresivo se asocia a una menor supervivencia. Y aunque un afrontamiento activo no incide en la supervivencia⁽³⁰⁾ sí lo hace en la calidad de vida. Lo que sí parece evidente es que el afrontamiento activo, más que el optimismo, tiene relación con mayores niveles de bienestar en el paciente y que las variables implicadas en la relación médico-paciente pueden influir sobre este estilo^(31,32).

Integración de la intervención psicosocial en la atención multidisciplinar al paciente quirúrgico oncológico torácico

El desarrollo de guías clínicas y protocolos diseñado por equipos multidisciplinarios es un pilar fundamental, para asegurar el máximo nivel de calidad asistencial. El protocolo de intervención psicosocial que a continuación se presenta es el llevado a cabo en la Unidad de Cirugía Torácica del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo II del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, implantado hace 4 años bajo una perspectiva interdisciplinar.

Una vez el paciente es remitido a la consulta de cirugía torácica, el cirujano realiza una primera valoración para determinar si el paciente es subsidiario de intervención quirúrgica en relación a criterios de resecabilidad y operabilidad.

Un *tumor es resecable* cuando técnicamente es posible su exéresis de forma

radical. Y un *paciente es operable* cuando va a poder tolerar la anestesia, los cambios hemodinámicos, respiratorios, metabólicos, etc, que pueden aparecer durante y después de la cirugía, así como, cuando va a poder vivir con los déficits funcionales postoperatorios, que conllevan la resección de la lesión, con una calidad de vida aceptable.

Siendo la resecabilidad una variable directamente relacionada con el tipo histológico y el estadio del tumor en el momento del diagnóstico, se hace necesaria la clasificación TNM (Tabla 1). En el caso del carcinoma pulmonar se consideran técnicamente resecables todos aquellos pacientes estadificados como IA, IB, IIA, IIB y casos seleccionados en estadio IIIA, IIIB y IV⁽³³⁾ (Tabla 2).

En el caso de que el paciente se considere irresecable y/o inoperable, se desestimará la intervención quirúrgica y éste deberá ser valorado por especialistas pertenecientes a otros servicios, tales como Oncología Médica o Radioterápica, Neumología, Medicina Interna, Geriátrica.

Si por el contrario el paciente es subsidiario de intervención quirúrgica, se solicitan las pruebas necesarias para completar el estudio preoperatorio y preanestésico, se le incluye en el programa de rehabilitación respiratoria y, para considerar completo el estudio preoperatorio, se le ofrece la posibilidad de concertar una evaluación psicológica. El paciente debe realizar unos trámites legales como la firma de consentimientos informados tras las explicaciones recibidas por parte del cirujano torácico y del servicio de anestesiología, tras lo cual es incluido en la lista de espera. El período transcurrido desde la inclusión en la lista de espera hasta el acto quirúrgico no sobrepasa el mes, tiempo en el que se lleva a cabo tanto el tratamiento de fisioterapia respiratoria de forma ambu-

Tabla 1. **Categorías TNM del cáncer pulmonar no microcítico. Clasificación de 1997**

Etapas T (tumor primario) en el cáncer de pulmón de células no pequeñas	
TX	Tumor primario no evaluado Células malignas positivas
T0	No evidencia de tumor primario.
Tis	Carcinoma in situ.
T1	<3 cm diámetro
T2	>3 cm diámetro Atelectasia distal
T3	Extensión a pared torácica, diafragma, pleura mediastínica o pericardio parietal 1 bronquio principal afectado < 2cm del punto de la tráquea Posible atelectasia (colapso pulmonar) o neumonitis obstructiva en todo el pulmón
T4	Tumor de cualquier tamaño que invade el mediastino, el corazón, los grandes vasos, la tráquea, el esófago, la columna vertebral, o el punto en que la tráquea se divide en los dos bronquios, izquierdo y derecho. Existen dos o más tumores separados en el mismo lóbulo. Hay un tumor con derrame pleural de células malignas.
Etapas N (compromiso ganglionar) en el cáncer de pulmón de células no pequeñas.	
NX	Los ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados.
N0	No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales.
N1	Se ha extendido a los ganglios linfáticos dentro del pulmón, ganglios linfáticos hiliares. La propagación afecta sólo a los ganglios linfáticos del mismo lado del pulmón canceroso.
N2	Metástasis a los ganglios linfáticos mediastínicos, aquellos que se encuentran en el punto en que la tráquea se divide en los dos bronquios. Todavía se mantiene en el lado del pulmón canceroso.
N3	El tumor se ha extendido a los ganglios linfáticos de la clavícula en cualquiera de los dos lados, a los ganglios linfáticos hiliares o a los mediastínicos en el lado opuesto del pulmón afectado.
Etapas M (metástasis distante) en el cáncer de pulmón de células no pequeñas	
MX	La presencia de metástasis distante no puede ser evaluada.
M0	No hay metástasis distante.
M1	Existe metástasis distante. Los lugares que se consideran distantes incluyen otros lóbulos de los pulmones, ganglios linfáticos más lejanos que los que se mencionaron en las etapas N y otros órganos o tejidos, tales como el hígado, los huesos o el cerebro.

latoria pautado por el médico rehabilitador, como la valoración e intervención psicológica. Dependiendo de la valoración psicológica realizada al paciente, se determinan los objetivos terapéuticos

específicos. Generalmente se hace una intervención psicológica prequirúrgica con el fin de disminuir los niveles de ansiedad asociados a la cirugía, propiciar la aceptación de la enfermedad, adapta-

Tabla 2. **Estadios del cáncer pulmonar no microcítico. Clasificación de 1997**

Según estas etapas, se pueden clasificar los tumores en los siguientes grupos:	
Carcinoma oculto:	TX, N0, M0.
Etapla 0:	Tis, N0, M0.
Etapla I A:	T1, N0, M0.
Etapla I B:	T2, N0, M0.
Etapla II A:	T1, N1, M0.
Etapla II B:	T2, N1, M0. T3, N0, M0.
Etapla III A:	T1, N2, M0. T2, N2, M0. T3, N1, M0. T3, N2, M0.
Etapla III B:	cualquier T, N3, M0.
	T4, cualquier N, M0.
Etapla IV:	cualquier T4, cualquier N, M1.

ción a la nueva situación y adhesión al tratamiento, responder inquietudes respecto al proceso quirúrgico y entrenar para afrontar eficazmente los acontecimientos a los que se va a exponer, entre otros aspectos.

Los servicios centrales hospitalarios notifican al paciente la fecha de ingreso que, salvo necesidad de preparación médica específica, será el día previo a la cirugía.

En función de la patología a intervenir, el paciente es remitido en el postoperatorio inmediato al servicio de cuidados intensivos o a la unidad de reanimación post-anestésica, estancia que durará entre 6 y 48 horas. Posteriormente se traslada a la unidad de hospitalización convencional, donde permanecerá ingresado varios días, en función de la patología intervenida y la evolución clínica. Desde el ingreso del paciente, la asistencia se realiza desde un punto de vista multidisciplinar en el que participan diariamente cirujanos torácicos, rehabilitadores, psicólo-

go, fisioterapeutas y enfermeras. Esta agrupación coordinada de diferentes especialistas cuyo ámbito habitual de actuación tiene numerosos puntos en común, permite ofrecer al paciente una información, evaluación y tratamiento integral. Desde el aspecto psicológico se abordan problemas psicopatológicos, así como preocupaciones personales y familiares respecto a la enfermedad, el proceso, los síntomas presentes y otras problemáticas que puedan presentar.

El vínculo establecido con el personal implicado en la cirugía torácica se mantiene una vez que el paciente recibe el alta hospitalaria, ya que durante un periodo no inferior a 15 días éste continúa ambulatoriamente con el programa de fisioterapia respiratoria, el seguimiento psicológico y los cuidados de enfermería. Transcurrido este periodo inicial, y habiendo obtenido, en los casos necesarios, tanto el diagnóstico histopatológico definitivo como su correspondiente estadificación el paciente

será remitido a los servicios pertinentes para recibir, si fuera oportuno, cualquier tipo de tratamiento adyuvante. El grado de incertidumbre generado durante el periodo de recuperación es elevado por lo que la intervención psicosocial continúa siendo importante. Así mismo, se establece el programa de revisiones quirúrgicas ambulatorias, consistente en pruebas de imagen y de laboratorio trimestrales durante los dos primeros años y semestrales hasta cumplir los 5 años desde la intervención.

De igual forma, se lleva a cabo una evaluación psicológica postquirúrgica que busca conocer el modo en que el paciente ha afrontado el proceso y realizar intervención psicológica en caso de detectar problemas en la adaptación al proceso, identificación de alteraciones psicopatológicas, y en último lugar, a demanda de las necesidades del paciente y sus familiares.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL

Los pacientes candidatos a resección quirúrgica por cáncer de pulmón son evaluados preoperatoriamente, según este protocolo, mediante una entrevista semiestructurada, tres pruebas objetivas y un cuestionario de conocimientos que a continuación se describen. Esta evaluación pretende conocer el estado psicológico del paciente (síntomas de ansiedad y/o depresión, y trastornos psicopatológicos) e información recibida sobre la enfermedad, así como el nivel de calidad de vida antes de la intervención quirúrgica. En base a estos conocimientos, se establecen diferentes técnicas de intervención psicosocial que dotan o potencian habilidades personales y mejoran su calidad de vida a lo largo del proceso diagnóstico-terapéutico, desde un punto de vista preventivo-te-

rapéutico, personalizado, multidimensional e interdisciplinar.

Instrumentos de evaluación

I. Entrevista semiestructurada

Es una entrevista diseñada especialmente para la valoración de los pacientes del servicio de Cirugía Torácica del Hospital Clínico San Carlos que asisten a la consulta psicológica y que van a ser intervenidos quirúrgicamente de alguna patología oncológica torácica. Incluye la recogida de datos personales, aspectos médicos relacionados con el diagnóstico y tratamientos previos, la valoración de síntomas clínicos relevantes y de aspectos psicopatológicos y psicológicos significativos.

- Datos sociodemográficos (edad, género, estado civil, nivel de estudios, situación laboral y genograma)
- Aspectos médicos:
 - Diagnóstico médico
 - Diagnóstico que indica el paciente
 - Tipo de cirugía previsible
 - Tratamientos antineoplásicos previos, efectos secundarios y resultados
 - Rehabilitación y fisioterapia respiratoria prequirúrgica
- Síntomas físicos prequirúrgicos: codificación del grado de la sintomatología presentada mediante una escala tipo Likert de 4 ítems en donde 1=ausencia de síntoma; 2=leve; 3=moderado y 4=fuerte. Se eligen los siguientes síntomas por ser los más frecuentes y citados en la literatura⁽³⁴⁻⁴⁰⁾. Este registro se repite durante la estancia hospitalaria para controlar el componente afectivo de las manifestaciones sintomáticas:
 - Dolor (en cualquier lugar del cuerpo)

- Disnea
- Disglosia
- Dificultad en la locomoción
- Astenia
- Insomnio
- Anorexia
- Disminución/Aumento de peso
- Tos (señalar episodios hemoptoicos)
- Náuseas/Vómitos
- Vértigos/mareos
- Hábitos tabáquicos (Fumador/no fumador; frecuencia en cigarrillos/día; duración)
- Hábitos de consumo de alcohol (habitual, social, esporádico, no consumidor)
- Hábitos de consumo de otras sustancias (tipo, frecuencia y duración)
- Enfermedades médicas previas
- Trastornos psicopatológicos previos
- Antecedentes familiares médicos
- Antecedentes familiares mentales
- Aspectos Psicológicos
 - Estado mental: orientación (persona, tiempo y espacio), nivel de conciencia, lenguaje, sensopercepción, arreglo/autonomía personal y otras funciones cognitivas (memoria, atención, percepción, procesamiento de los pensamientos,...)
- Funcionamiento a nivel:
 - Social
 - Familiar
 - Sexual
 - Laboral/Capacidad funcional
 - Espiritual/Creencias

II. Cuestionario HAD

El cuestionario HAD es la adaptación española del *Hospital Anxiety and Depression Scale*, desarrollada por Zigmond and Snaith⁽⁴¹⁾ para detectar ansiedad y depresión en población no psiquiátrica en un contexto hospitalario. Esta escala

pretende identificar cuándo la ansiedad y/o la depresión pueden tener su origen en el curso de la enfermedad por la que es atendido el paciente. Consta de 14 ítems, siete de los cuales evalúan ansiedad y otros siete depresión. La corrección de las escalas es la siguiente, tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión: se considera normal de 0 a 7, caso probable de 8 a 10 y problema clínico de 11 o más.

Ha mostrado una adecuada consistencia interna, fiabilidad y validez, y es ampliamente utilizada para la evaluación del estado emocional de pacientes con cáncer. En la adaptación española facilita un coeficiente alfa de 0,81 para la subescala de ansiedad y de 0,82 para la de depresión.

III. Cuestionario de Salud SF-36

El SF-36 fue desarrollado en el seno del Medical Outcomes Study (MOS)⁽⁴²⁾ para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la enfermedad y grupos de tratamientos. Proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente. Es un cuestionario que permite evaluar la calidad de vida y el estado de salud con fines clínicos y de investigación.

El SF-36 representa los ocho conceptos de salud más importantes incluidos en el MOS y otras encuestas de salud, desarrollados en la Tabla 3. Ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto *International Quality of Life Assessment* (IQOLA). La traducción al castellano siguió un protocolo común a todos los países que participan en el IQOLA⁽⁴³⁾.

El SF-36 posee una elevada consistencia interna (0,8 para todas las escalas, salvo para "función social" que es 0,76) con un coeficiente de correlación intraclase

Tabla 3. **Contenido de la escala SF-36**

CONCEPTO DE SALUD	Nº DE ITEMS	RESUMEN DEL CONTENIDO
Función Física (FF)	10	Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos
Rol Físico (RF)	4	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, que incluye rendimiento menor al deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades
Dolor Corporal (DC)	2	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar
Salud General (SG)	5	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse
Vitalidad (V)	4	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento
Función Social (FS)	2	Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual
Rol Emocional (RE)	3	Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor al deseado y una disminución del cuidado al trabajar
Salud Mental (SM)	5	Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional, y el afecto positivo en general

de 0,85. La validez test-retest con dos semanas de diferencia es de 0,8 para función física, vitalidad y percepción general de salud y de 0,6 para función social. Si la comparación se realiza con 6 meses de diferencia, los valores oscilan entre 0,6 y 0,9, excepto para el dolor, que desciende hasta 0,43. Se ha mostrado sensible al cambio en varios estudios. Los valores psicométricos de la adaptación al español son similares a los originales, salvo la fiabilidad de la dimensión "función social", que es algo menor. La validación española ha encontrado valores consistentes y superponibles a los de la escala original. Los valores medios con su desviación estándar para la población general española son: función física 94,4 (SD 12,8), función social 96 (SD 14,1), rol físico 91,1 (SD 25,7), rol emocional 90,1

(SD 26), salud mental 77,7 (SD 17,3), vitalidad 69,9 (SD 18,4), dolor 82,3 (SD 24,8), percepción de la salud general 80 (SD 18,8)⁽⁴⁴⁾.

El cuestionario fue construido con un formato autoaplicable y para la administración por personal entrenado. Su validez, fiabilidad y consistencia interna ha sido demostrada en diferentes estudios con diversas poblaciones⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾.

Se decide utilizar esta escala por ser un cuestionario genérico que permite evaluar la calidad de vida de todo tipo de población clínica. Los pacientes que acuden a la consulta son diagnosticados, en su mayoría, después del alta hospitalaria, lo que les constituye en una población heterogénea.

Cada subescala se puntúa en un rango de 0 a 100, donde puntuaciones ma-

yores significan mejor estado. Las subescalas conforman dos clusters de orden superior: *salud física* y *salud mental*, los cuales explican el 80-85% de la varianza de las 8 escalas en estudios con la prueba original y en estudios posteriores con otras poblaciones⁽⁴⁸⁾. La puntuación de salud física se obtiene hallando el promedio de las subescalas de función física, rol físico, dolor corporal y salud general, mientras que la de salud mental integra salud mental, rol emocional, función social y vitalidad.

IV. Entrevista diagnóstica M.I.N.I. (*Mini International Neuropsychiatric Interview*)

Es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y el ICD-10, desa-

rollada por David V. Sheehan et al⁽⁴⁹⁾. La versión española 5.0.0 ha sido adaptada por Ferrando et al⁽⁵⁰⁾.

Se han realizado estudios de validez y de fiabilidad comparando la M.I.N.I. con el SCID-P para el DSM-III-R y el C.I.D.I. (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para el ICD-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la M.I.N.I. tiene un índice de validez y fiabilidad aceptablemente alto, pero puede ser administrado en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18,7±11,6 minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos después de una breve sesión de entrenamiento. Los entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

Tabla 4. **Categorías diagnósticas de la entrevista MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW**

M.I.N.I. (MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW)	
a.	DEPRESIVO MAYOR ESTADO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)
b.	TRASTORNO DISTÍMICO
c.	RIESGO DE SUICIDIO
d.	EPISODIO MANÍACO EPISODIO HIPOMANÍACO
e.	TRASTORNO DE ANGUSTIA
f.	AGORAFOBIA
g.	FOBIA SOCIAL (TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL)
h.	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO
i.	ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)
j.	DEPENDENCIA DE ALCOHOL /ABUSO DE ALCOHOL
k.	DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol) / ABUSO DE SUSTANCIAS
l.	TRASTORNOS PSICÓTICOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS
m.	ANOREXIA NERVIOSA
n.	BULIMIA NERVIOSA ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA
o.	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
p.	TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)

La M.I.N.I. está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde —como muestra la Tabla 4— a una categoría diagnóstica.

Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.

Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

V. Cuestionario de conocimiento de la enfermedad

La encuesta de conocimiento de la enfermedad diseñada por los autores del presente artículo valora la adecuación de la información dada por el equipo sanitario respecto a la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la comprensión de la misma. Se crea con la finalidad de evaluar el conocimiento que los pacientes tienen sobre su enfermedad con el fin de corregir falsas creencias e ideas erróneas que puedan incidir negativamente en el proceso y ofrecer tanto al paciente como a sus familiares más información acerca del proceso quirúrgico. Esta información está estructurada en una sesión de Psicoeducación que se lleva a cabo una vez el paciente ha sido evaluado. En ella participan los familiares que así lo deseen.

Esta encuesta también permite conocer la comunicación de aspectos relacionados con la enfermedad a personas significativas, el grado control y ventilación emocional, si existe conspiración del silencio por parte del enfermo o de su familia, el nivel de conocimientos-habilidades-actitudes en su forma de comunicarse o cualquier otro aspecto significativo a tener en cuenta desde el punto de vista intervencionista.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

De acuerdo a los resultados de la valoración psicológica previa y en relación a la información recogida y necesidades propias de cada paciente se establece la intervención psicosocial.

Intervención prequirúrgica

La intervención prequirúrgica se realiza con aquellos pacientes que lo requieran de acuerdo a la valoración psicológica realizada. Incluye la preparación para procedimientos médico-quirúrgicos, el manejo de la ansiedad anticipatoria y el entrenamiento en técnicas para el control de la ansiedad y el dolor, entre otras.

La preparación prequirúrgica implica, en primer lugar, la valoración del grado de malestar asociado a la cirugía y a las necesidades particulares del paciente relativas a la información sobre el proceso quirúrgico y la enfermedad.

El paciente es atendido de acuerdo a la problemática específica que presente. Se busca generar el espacio propicio para la expresión de miedos y preocupaciones. Así mismo, la preparación prequirúrgica provee al paciente de información relativa al procedimiento a realizar (Psicoeducación), a las sensaciones que tendrá durante el período de hospitalización y una vez dado de alta, y a crear estrategias de afrontamiento adaptativas o potenciar las que posea, entrenándole en aquellas que le permitan adaptarse a la nueva situación.

Psicoeducación

En la sesión de psicoeducación se discuten aspectos relativos a la cirugía como tal. Son muchos los pacientes que manifiestan temores frente a la anestesia.

sia y el riesgo de morir en el quirófano, preocupación por los resultados del proceso, ansiedad y miedo por desconocer que calidad de vida tendrán una vez termine el tratamiento, etc. Desde este enfoque se tratan los riesgos y beneficios de la intervención quirúrgica y se abordan experiencias previas (personales o ajenas) y mitos relacionados con la anestesia, con el fin de detectar y reestructurar creencias erróneas en el paciente y proveerle de estrategias de afrontamiento ante la ansiedad. En relación al tratamiento quirúrgico se aclaran detalles de la cirugía tales como: lugar de la incisión, síntomas y sensaciones frecuentes durante la recuperación (dolor, proceso psicológico, estados de ánimo, sensopercepciones,...) tiempo de estancia media en la UCI y hospitalización, y características del proceso de rehabilitación tanto a corto como a medio plazo. Así, se busca incrementar la sensación de control del paciente frente a la situación aclarando cómo el mismo puede potenciar —de alguna manera— la mejoría de la evolución clínica y de qué modo puede aclarar sus dudas durante el proceso y obtener apoyo del equipo sanitario.

Finalmente, se tratan temas relativos al alta hospitalaria y al periodo de recuperación posterior. Se abordan inquietudes y preguntas frecuentes (p. ej. “¿Podré realizar las labores domésticas que antes realizaba?”, “¿Podré mantener relaciones sexuales?”, “¿Podré llevar la vida que antes llevaba?”, “Volveré a tener el ánimo de antes, a ser el mismo que era?”) y se busca reforzar las habilidades de afrontamiento adquiridas, así como orientar respecto a tareas específicas de rehabilitación (programas de incremento progresivo de ejercicio, manejo de preocupaciones asociadas a síntomas físicos, higiene del sueño, recuperación de roles sociales y funcionales, etc.).

Intervención postquirúrgica

La intervención postquirúrgica se realiza en pacientes durante su período postquirúrgico inmediato -estancia hospitalaria-, en los meses posteriores a la cirugía y en pacientes que se encuentran en seguimiento desde hace un período relativamente largo (varios meses o años) y han presentado dificultades en su adaptación.

Dicha intervención tiene como objetivo abordar las dificultades que aparecen en el proceso (propias de la cirugía, quimioterapia, radioterapia...), reforzar las habilidades adquiridas previamente y prevenir futuras complicaciones, siempre en coherencia con las actuaciones terapéuticas que preceden.

Intervención en crisis

La intervención en crisis busca dar solución a problemas concretos que aparecen de manera aguda o repentina.

La valoración e intervención psicológica busca prevenir dichas crisis, sin embargo en ocasiones las demandas de la situación quirúrgica sobrepasan los recursos personales de los pacientes, llevándolos a presentar trastornos de adaptación de este tipo. En estos casos se presta un apoyo psicológico basado en estrategias de *counselling* (apoyo emocional, habilidades de comunicación, habilidades personales de autorregulación y habilidades para la solución de problemas y tomas de decisiones).

El programa de intervención psicosocial interviene tanto con el paciente que padece la enfermedad como con los familiares que así lo requieran, asumiendo el quehacer terapéutico desde actitudes fundamentales como son la empatía, la congruencia, veracidad y la aceptación incondicional.

Tabla 5. **Objetivos terapéuticos y técnicas utilizadas en la Intervención Psicosocial**

Objetivos Terapéuticos	Técnicas Psicoterapéuticas
<ul style="list-style-type: none"> • Preparar psicológicamente al paciente/familia para el proceso quirúrgico. • Propiciar un afrontamiento adaptativo ante la enfermedad y el proceso de tratamiento • Dar apoyo emocional al paciente y a su familia • Control del estado de ánimo por parte del paciente • Conseguir una adecuada adherencia al tratamiento y participación activa • Consolidar su autoimagen, rol personal y autonomía • Identificar y controlar respuestas desadaptativas (ansiedad, depresión, tristeza, negación, miedo, hostilidad, culpa) • Fomentar la comunicación asertiva • Preparar para el alta hospitalaria • Ayudar en la mejora de su calidad de vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista/Psicoeducación • Counselling (apoyo emocional, auto-control, habilidades de comunicación y solución de problemas) • Relajación/Respiración/Visualización guiada • Reestructuración cognitiva • Desensibilización sistemática • Planificación del tiempo y actividades • Entrenamiento en habilidades de comunicación • Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales • Toma de decisiones y solución de problemas

En la Tabla 5 se resumen los objetivos que se pretenden alcanzar con la intervención psicosocial y las técnicas psicoterapéuticas más utilizadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comité de Tumores. Subcomité de tumores torácicos. Protocolo diagnóstico y terapéutico del Carcinoma pulmonar. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, 2005.
2. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC CancerBase No5, version 2.0, Lyon; IARC Press 2004. [acceso 2 de noviembre de 2006]. Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr>
3. Deshmukh VM, Toelle BG, Usherwood T, O'grady B, Jenkins CR. Anxiety, panic and adult asthma: A cognitive-behavioral perspective Respir Med. En prensa, 2006.
4. Burns BH, Howell JBL. Disproportionately severe breathlessness in chronic bronchitis. Q.J.Med 1969;3 8:277-94.
5. Altose MD, Cherniak NS, Fishman AP. Respiratory sensations and dyspnea. J. Appl. Physiol 1985; 58:1051-4.
6. Giacomantone E y Mejía A. Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía Buenos Aires: Paidós, 1997.
7. Rockwell D y Rockwell FP. The emotional impact of surgery and the value of informed consent. Med Clin N Amer.1979;63 (6):1341-51.
8. Mardarás Platas, E. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. Ediciones Rol. Barcelona, 1980.
9. Nou E, Aberg T. Quality of survival in patients with surgically treated bronchial carcinoma. Thorax 1980;35:255-63.
10. Eguchi K, Fukutani M, Kanazawa M, Tajima K, Tanaka Y, Morioka C, et al. Feasibility study on quality of life questionnaire

- for patients with advanced lung cancer. *Jpn J clin Oncol*. 1992; 22:185-93.
11. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a Quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*. 1993; 85:365-76.
 12. Buccheri G, Ferrigno D, Tamburini M, Brunelli C. The patient's perception of his own quality of life might have an adjunctive prognostic significance in lung cancer. *Lung Cancer*. 1995; 12:45-58.
 13. Osoba D, Murray N, Gelmon K, Karsai H., Knowling M., Shah A., et al. Quality of life, appetite, and weight change in patients receiving dose-intensive chemotherapy. *Oncology*. 1994; 8:61-5.
 14. Hollen PJ, Gralla RJ, Kris MG, McCoy S, Donaldson GW, Moynour CM. A comparison of visual analogue and numerical rating scale formats for the Lung Cancer Symptom Scale (LCSS): does format affect patient ratings of symptoms and quality of life? *Qual Life Res*. 2005 Apr; 14(3):837-47.
 15. Nonaka M, Ohno M, Fukuzumi M, Shiojiri Y, Kataoka D, Yamamoto S et al. Quality of life of long-term survivors of surgically treated lung cancer. *Kyobu Geka*. 2006 Jul; 59(7):519-28; discussion 528-30.
 16. Dales RE, Belanger R, Shamji FM, Leech J, Crepeau A, Sachs HJ. Quality of life following thoracotomy for lung cancer. *J Clin Epidemiol*. 1984; 47:1443-9.
 17. Handy JR, Asaph JW, Skokan L, Reed CE, Koh S, Brooks G, et al. What Happens to Patients Undergoing Lung Cancer Surgery?. Outcomes and Quality of Life Before and After Surgery. *Chest* 2002; 122:21-30.
 18. Berglund G, Sjoden PO. Communication problems with medical staff: a correlate of distress in cancer patients. *Scand J Behav Ther* 1987; 16:111-20.
 19. Uchitomi Y, Mikami I, Kugaya A, Nakano T, Okuyama T, Akechi T, Okamura H. Physician support and patient psychological responses after surgery for Non-small Cell Lung Carcinoma: a prospective observational study. *Cancer* 2001; 92:1926-35.
 20. Cella DF, Orofiamma B, Holland JC, Silverfarb PM, Tross S, Feldstein M, et al. The relationship of psychological distress, extent of the disease, and performance status in patients with lung cancer. *Cancer* 1987; 60:1661-7.
 21. Garces YI, Yang P, Parkinson J, Zhao X, Wampfler JA, Ebbert JO et al. The relationship between cigarette smoking and quality of life after lung cancer diagnosis. *Chest* 2004; 126(6):1733-41.
 22. Hopwood P, Stephens JR. Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality of life data. *J Clin Oncol* 2000; 18:893-903.
 23. Hugues JE. Depressive illness and lung cancer: II, follow up of inoperable patients. *Eur J Surg Cancer* 1985; 11:21-4.
 24. Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi, Y. Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable non-small cell carcinoma. *Cancer* 2001; 92:2609-22.
 25. Tchekmedyan NS, Kallich J, McDermott A, Fayers P, Erder MH. The relationship between psychological distress and cancer-related fatigue. *Cancer* 2003; 98:198-203.
 26. Ginsburn ML, Quirt C, Ginsburn AD, Mackillop WJ. Psychiatric illness and psychosocial concerns of patients with newly diagnosed lung cancer. *Can Med Assoc J* 1995; 152:701-8.
 27. Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *Int J Psychiatry Med*. 2006; 36(1):13-34.
 28. Uchitomi Y, Mikami I, Kugaya A, Akizuki N, Nagai K, Nishiwaki et al. Depression after successful treatment for non-small cell lung carcinoma. *Cancer* 2000; 89:1172-79.

29. Akechi T, Okuyama T, Akizuki N, Azuma H, Sagawa R, Furukawa TA et al. Course of psychological distress and its predictors in advanced non-small cell lung cancer patients. *Psychooncology* 2006;15(6):463-73.
30. Faller H, Bulzebruck H. Coping and survival in lung cancer: a 10-year follow-up. *A J Psychiatry* 2002; 159:2105-7.
31. Schofield P, Ball D, Smith JG, Borland R, O'Brien P, Davis S, et al.. Optimism and survival in lung cancer patients. *Cancer* 2004; 100(6):1276-82.
32. Holland J, Sheldon L. La cara humana del cáncer. Barcelona: Herder. España, 2003.
33. Ginsberg RJ, Vokes EE, Raben A. Cancer of the Lung. En: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, editors. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 5th ed. Philadelphia, Lippincott-Raven publishers 2000. p. 849-950.
34. Cooley ME, Short TH, Moriarty HJ. Symptom prevalence, distress and change over time in adults receiving treatment for lung cancer. *Psychooncology* 2003; 12:694-708.
35. Curtis EB, Krech RL, Walsh TD. Common symptoms in patients with advanced cancer. *J Palliative Care* 1991; 7:25-9.
36. Dales RE, Belanger R, Shamji FM, Leech J, Crepeau A, Sachs HJ. Quality of life following thoracotomy for lung cancer. *J Clin Epidemiol* 1984; 47:1443-9.
37. De Haes JCJM, Van Knippenberg FCE, Neijt JP. Measuring psychological and physical distress in cancer patients: Structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *Br J Cancer* 1990; 62:1034-8.
38. Degner L, Sloan J. Symptom distress in newly diagnosed ambulatory cancer patients and as a predictor of survival in cancer. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10:423-31.
39. DeMaria LC, Cohen HJ. Characteristics of lung cancer in elderly patients. *J Gerontol* 1987; 42:540-5.
40. Hopwood P, Stephens JR. Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality of life data. *J Clin Oncol* 2000; 18:893-903.
41. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-70.
42. Jenkinson C, Wright L, Coulter A. Criterion validity and reliability of the SF-36 in a population sample. *Quality of Life Research* 1994; 3:7-12.
43. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del "SF-36 Health Survey" (Cuestionario de Salud SF - 36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clín* 1995;104 (20):771-6.
44. Ayuso-Mateos JL, Lasa L, Vázquez-Barquero JL, Oviedo A, Díez-Manrique JF. Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:26-32.
45. Lyons RA, Perry HM, Littlepage BN. Evidence for the validity of the Short-form 36 Questionnaire (SF-36) in an elderly population. *Age Ageing* 1994;23:182-4.
46. McHorney CA, Ware JJ, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993;31:247-63.
47. Ware JJ, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.
48. Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Leplège A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality. The International Quality of Life Assessment Project approach. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(11):913-23.
49. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric

Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry*, 1998; 59(suppl 20):22-33.

50. Ferrando L, Franco-A L, Soto M, Bobes J, Soto O, Franco L, Gubert J. Instituto IAP. M.I.N.I. Mini International Neuro-

psychiatric Interview. Versión en español 5.0.0.DSM-IV. Adaptada de: Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP. (Hôpital de la Salpêtrière). Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan K.H, Knapp E., Sheehan M. (University of South Florida). Madrid 1998.