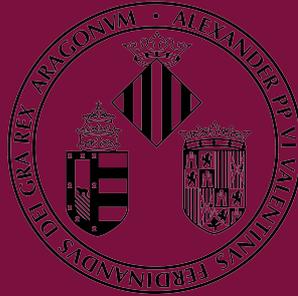


VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Facultat d'Infermeria i Podologia



PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL

IMPACTO DE INTERVENCIÓN DE PSICOTERAPIA APLICADA POR ENFERMERÍA PARA EL CONTROL DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

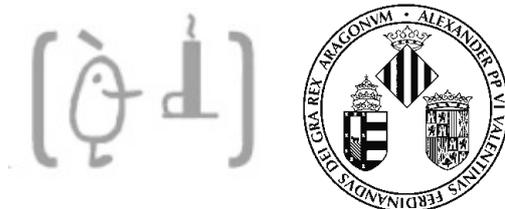
AUTOR: D^a. Noelia Cano Sanz

DIRECTOR: Dr. D. Juan Caballero García

VALENCIA, 2016

VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Facultat d'Infermeria i Podologia



PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL

IMPACTO DE INTERVENCIÓN DE PSICOTERAPIA APLICADA POR ENFERMERÍA PARA EL CONTROL DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

AUTOR: D^a. Noelia Cano Sanz

DIRECTOR: Dr. D. Juan Caballero García

Valencia, 2016

Mi mayor agradecimiento a todas aquellas personas que con su cariño, apoyo y ciencia han hecho posible la realización de este trabajo, mi ilusión.

Simplemente, gracias.

“... reivindicar la función más inherente que tenemos los profesionales enfermeros como es el cuidar, algo tan básico y tan sencillo, pero a veces tan escaso en nuestro quehacer diario...”

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La enfermería de la Unidad de Hospital de Día desarrolla un papel fundamental en el control de la ansiedad del paciente onco-hematológico sometido a tratamiento quimioterápico.

OBJETIVOS: Tratamos de demostrar la eficacia de una intervención de psicoterapia de apoyo (IPA) aplicada por enfermería en Hospital de Día en la reducción del nivel de ansiedad en pacientes sometidos a quimioterapia. Además se valoró el grado de respuesta del nivel de ansiedad de los pacientes a la IPA en función de diferentes variables clínico-sociodemográficas por medio de diferentes análisis secundarios.

METODOLOGÍA: Se seleccionaron 150 pacientes consecutivos sometidos a ciclos de quimioterapia en nuestra institución entre junio de 2010 y febrero de 2011, aleatorizados en 2 grupos homogéneos: 75 con IPA durante la administración de tratamiento y 75 controles. Fueron excluidos aquellos con antecedentes/tratamiento de síndrome ansioso y/o puntuaciones de escala STAI (State-Trait Anxiety Inventory) >30 puntos. La IPA se aplicó durante 4 ciclos de tratamiento consecutivos, siempre previamente a la administración del tratamiento con quimioterapia. Se obtuvo la puntuación de la escala de ansiedad de Hamilton (HAS) antes de la administración del tratamiento y tras cada uno de los sucesivos ciclos de quimioterapia en ambos grupos. Otras variables clínico-sociodemográficas estudiadas fueron: edad, diagnóstico oncológico, sexo, nivel sociocultural, estado civil y número de hijos. Finalmente, se identificaron factores predictores de la respuesta a la IPA que permitiesen seleccionar el subgrupo de mejores candidatos a dicha intervención.

RESULTADOS: La puntuación HAS inicial se correlacionó significativamente con la edad ($r=-0.683$; $p<0.0001$), así como un número de hijos menor y un nivel sociocultural alto. No existieron diferencias significativas entre sexos en el nivel de ansiedad inicial, así como tampoco para los diferentes tipos de

diagnóstico oncológico o el estado civil. La IPA redujo la puntuación HAS significativamente en el grupo intervención de forma sostenida en todos los ciclos (reducción global entre ciclos 1º a 4º: 8.70 ± 5.72 puntos vs. 6.42 ± 5.54 puntos; $p < 0.014$). La evolución del nivel de ansiedad a lo largo de los cuatro ciclos demostró diferencias significativas en las variables sociodemográficas edad, nivel sociocultural, número de hijos y estado civil, con tendencias análogas a las anteriormente expresadas. Las diferencias entre sexos fueron ligeras aunque no significativas para un nivel de ansiedad mayor de la población femenina. No existieron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes tipos de enfermedad oncológica incluidos. Se desarrolló un modelo identificador de los pacientes mejor respondedores a IPA según las variables sociodemográficas preintervención. Sin embargo, la puntuación HAS al inicio del tratamiento se demostró como mejor predictor independiente de la respuesta a la IPA (valor predictivo global 94%).

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia, la IPA realizada por enfermería ha demostrado ser una medida eficaz y eficiente en el control de la ansiedad de los pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en Unidad de Hospital de Día. Fueron identificados como predictores de mejor respuesta a IPA: edad joven, limitado apoyo conyugal, nivel de ansiedad inicial elevado y nivel sociocultural alto. La incorporación del protocolo de estudio, o similares, a la práctica cotidiana de la Unidad de Hospital de Día podría mejorar la atención ofrecida a nuestro enfermos oncológicos permitiendo un mejor control de la ansiedad relacionada con la enfermedad.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Nursery of Day Hospital Unit develops a key role in the control of anxiety of the oncohematologic patient undergoing chemotherapy treatment.

AIMS: We sought to demonstrate the effectiveness of a support psychotherapy intervention (SPI) performed by nursery in a Day Hospital Unit controlling anxiety in patients undergoing chemotherapy treatment. Furthermore, the degree response patient's anxiety level to SPI was assessed regarding different clinical and sociodemographic variables by means of secondary analysis.

METHODS: One hundred and fifty consecutive patients receiving chemotherapy treatment were selected from our institution between June 2010 and February 2011. They were randomized into 2 homogeneous groups: 75 undergoing SPI during treatment and 75 controls. Those patients with background/treatment for anxiety and/or STAI (State-Trait Anxiety Inventory) scale score >30 points were excluded. SPI was performed during 4 consecutive cycles, always before starting chemotherapy treatment. Hamilton anxiety scale (HAS) score was obtained before the administration of the treatment and after each cycle of treatment in both groups. Other clinical and sociodemographic variables studied were: age, oncologic diagnose, gender, sociocultural level, marital status and number of children. Finally, different predicting factors of the response to SPI were identified in order to be able to select a subgroup of the best candidates to undergo this intervention.

RESULTS: Initial HAS score was significantly correlated to age ($r=-0.683$; $p<0.0001$). A lower number of children and a higher sociocultural level were also related significantly to higher degrees of anxiety. No statistical differences were found among gender, type of oncologic diagnosis or marital status for the initial HAS score. SPI reduced sustained and significantly the HAS score along

5.72 vs. 6.42 ± 5.54 ; $p < 0.014$). The evolution of the anxiety level along the four cycles showed significant differences in sociodemographic variables age, sociocultural level, number of children and marital status, with analogue tendencies to the formerly expressed. Differences between genders were slight but not statistically significant with a sustained higher level of anxiety for female population. No statistically significant differences were found among the different oncologic diagnosis included. A model to identify those patients with better response to SPI was developed regarding the preintervention sociodemographic variables. However, initial HAS score showed to be the best independent predictor of the response to SPI (global predictive value 94%).

CONCLUSIONS: In our experience, SPI performed by nursery has shown to be an effective and efficient measure in the control of anxiety in oncologic patients undergoing chemotherapy treatment in Day Hospital Unit. Predictors of better response to SPI were identified: younger age, limited marital support, higher initial anxiety levels and higher sociocultural level. The application of protocol study, or similar ones, to daily practice in Day Hospital Unit may improve attention offered to our oncologic patients allowing a better control of disease-related anxiety.

TESIS DOCTORAL

IMPACTO DE INTERVENCIÓN DE PSICOTERAPIA APLICADA POR ENFERMERÍA PARA EL CONTROL DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES ONCOLÓGI

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PARTE I. MARCO TEÓRICO	5
Capítulo 1. Fundamentos teóricos del cáncer y del tratamiento psicológico en pacientes con cáncer	7
1.1 Introducción	7
1.2 Cáncer: definición y generalidades	13
Capítulo 2. Aspectos psicológicos del cáncer	17
2.1 Psicooncología	17
2.1.1 Necesidades psicológicas y sociales en el cáncer	19
2.1.2 Síntomas físicos asociados al cáncer y sus tratamientos	27
2.1.3 Reacciones emocionales y trastornos psicopatológicos ante el cáncer	30
2.2 Estilos de afrontamiento y estrategias de adaptación	40
2.2.1 Criterios para establecer los límites entre adaptación normal y la psicopatológica	46
2.3 Apoyo social, comunicación y cáncer	49
2.4 Intervención psicológica de apoyo (IPA) en pacientes con cáncer	54
PARTE II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	63
Capítulo 3. Material y métodos	65
3.1 Hipótesis	65
3.2 Objetivos	65
- Objetivo principal	
- Objetivos secundarios	
3.3 Descripción de la muestra	66
3.4 Selección de la muestra	67
3.5 Descripción de los instrumentos	68
- Escala de ansiedad STAI	
- Escala de ansiedad de Hamilton	
3.6 Protocolo de estudio	70

3.7 Análisis estadístico	73
- Recogida, tratamiento inicial de datos y asignación de variables	
- Definición de grupos de estudio	
- Contraste de hipótesis	
- Estudio de la ansiedad pretratamiento	
- Score selectivo preintervención de pacientes respondedores a la IPA	
Capítulo 4. Resultados	81
4.1 Características iniciales del estudio	81
4.2 Comprobación de la comparabilidad entre el grupo IPA y grupo control	84
4.3 Análisis univariante	86
4.4 Estudio de la ansiedad pretratamiento	88
4.5 Score selectivo preintervención de pacientes respondedores a la IPA	100
PARTE III. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	109
Capítulo 5. Discusión del estudio	111
5.1 Introducción	111
5.2 Resultados de la intervención de psicoterapia de apoyo	113
5.3 Evolución de la ansiedad durante el tratamiento con quimioterapia	118
5.4 Estudio del nivel de ansiedad al inicio del tratamiento con quimioterapia. Factores clínico-demográficos implicados	120
5.5 Selección de candidatos a intervención de psicoterapia de apoyo: optimización de resultados	121
5.6 Limitaciones del estudio	122
Capítulo 6. Conclusiones del estudio	125
PARTE IV. BIBLIOGRAFÍA	129
PARTE V. ANEXOS	145

PARTE I. MARCO TEÓRICO

PARTE I. MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. Fundamentos teóricos del cáncer y del tratamiento psicológico en pacientes con cáncer

1.1 Introducción

El cáncer es un problema sanitario y social de primer orden. En España, al igual que en los países occidentales, el cáncer es la segunda causa de mortalidad, tras las enfermedades cardiovasculares, y la primera en años potenciales de vida perdidos. Cada año se diagnostican 162.000 casos de cáncer. Las localizaciones más frecuentes son colon, pulmón, mama y próstata¹. Los actuales métodos de screening y detección temprana, el consejo genético, las mejoras diagnósticas, los avances de la cirugía, quimioterapia y radioterapia han permitido la curación o el control de esta enfermedad en muchos casos, de forma que en la actualidad la supervivencia en cáncer de mama es superior al 77% a los cinco años, porcentaje superior en los últimos años, y si el tumor está localizado las curaciones son superiores al 95%². A pesar del avance espectacular en el tratamiento de determinados tipos de tumores y de la difusión pública que se hace de ello, el cáncer es en la actualidad la enfermedad más temida, tres veces por encima de las enfermedades cardiovasculares (aunque éstas presenten una mortalidad más alta), y sigue estando considerada como prototipo de incurabilidad, sufrimiento, incapacidad y muerte³. Si bien esta percepción pesimista está lejos de ser cierta, el hecho real es que el cáncer es una enfermedad con grandes costes personales y sociales, que somete a las personas afectadas y su familia a un gran número de sucesos estresantes asociados al diagnóstico y tratamiento, durante intervalos largos de tiempo, que amenaza su trayectoria vital. Ya en 1979 Holland recoge tales reacciones bajo el epígrafe de las "6D" que se muestra en el siguiente cuadro^{4,5}.

Las “6D”: principales temores asociados al cáncer

D eath (muerte)	Miedo y ansiedad a las consecuencias de la enfermedad
D ependance (dependencia)	De familia y personal sanitario
D isfigurement (desfiguración)	Cambios corporales físicos o funcionales
D isability (incapacidad)	Para la consecución de objetivos
D isrupción (ruptura)	Principalmente de relaciones sociales
D iscomfort (molestias)	Derivadas de la enfermedad y tratamiento

Tabla 1. Las “6D”: principales temores asociados al cáncer⁵

Todo lo que conocemos actualmente del cáncer es el producto de años dedicados a la investigación, pero no sólo destacar los aspectos médicos sino también los aspectos psicológicos que rodean a esta enfermedad y a partir de los cuales vamos a centrar este trabajo³. De entre los estudios psicológicos se ha prestado una atención especial a la intervención psicológica, al análisis de las reacciones emocionales, a la calidad de vida, a la prevención, a las estrategias de afrontamiento, etc. No obstante, como profesionales de enfermería concedemos habitualmente más importancia a los aspectos científico-técnicos que a los aspectos funcionales, que desde el punto de vista de los pacientes son los más importantes. La atención a pacientes y familiares, una buena comunicación, practicar una escucha activa y la prestación de cuidados ante la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal, se hace fundamental en nuestra profesión, porque padecer una enfermedad como el cáncer puede presentar un serio problema tanto en el funcionamiento como en la composición del núcleo familiar.

El personal de enfermería dedicado a la Oncología comparten vivencias con sus pacientes que van más allá de un cuerpo enfermo. El poder determinar el grado de comodidad, conocer lo que sienten a nivel tanto físico como psíquico y necesidades que presentan los enfermos oncológicos y su posible asociación al nivel de incertidumbre que genera el pronóstico de la

enfermedad plantea un reto profesional de gran dimensión, en tanto que permite profundizar en las estrategias necesarias para incorporar cuidados terapéuticos que alivien las incertidumbres que generan ese tipo de enfermedades.

Cuidar a una persona con cáncer ha representado para la enfermería una preocupación constante por integrar, además de los aspectos biofísicos, patológicos y clínicos característicos del proceso, aquella parte invisible, que supone establecer un proceso interactivo entre la persona que necesita ayuda y el profesional capaz de ofrecérsela. Sin embargo, es evidente que esta contribución se hace imprescindible en las circunstancias de sufrimiento emocional y social que acarrea el diagnóstico de un cáncer^{6,7}.

Esta interacción se sitúa en la manera de hacer y estar en la relación, lo que confiere características de instrumento terapéutico al cuidado en sí mismo. Diversos autores identifican valores en la relación enfermero/paciente que confieren a la misma mayor humanidad y sitúan al paciente en el centro y lo incorporan en un proceso dinámico de adaptación y crecimiento⁸. Los valores que permiten un ejercicio más simétrico de la relación son:

- La confianza mutua.
- El respeto y la comprensión.
- El afecto.
- La veracidad.
- La confidencialidad.
- El reconocimiento por lo que hace y lo que es.
- El acompañamiento.

La enfermería debe cuidar y aplicar tratamientos comprendiendo las necesidades de los pacientes y sus familias, sus deseos, sus emociones y sentimientos, mediante intervenciones profesionales que logren una interrelación significativa para el individuo⁹.

Las fuentes potenciales de estrés a las que ha de hacer frente el paciente con

cáncer y sus familiares están presentes en las distintas etapas de la enfermedad. El miedo y la ansiedad pueden considerarse unas constantes en las distintas fases del proceso sanitario. Ambas emociones, tienen carácter universal e influyen en todos los pacientes que, en algún momento, se ven afectados con mayor o menor intensidad lo que les genera una situación de estrés importante.

Teniendo en cuenta que esta es una enfermedad que suele asociarse a la muerte, las principales reacciones frente al diagnóstico y al tratamiento son: negación, ira, depresión y ansiedad¹⁰. Pero a pesar de la importancia que tiene la identificación temprana de estos estados en la mayoría de los casos no son reconocidos hasta cuando presentan un cuadro claramente psicopatológico y desadaptativo¹¹. El paciente con cáncer, por sus particularidades clínicas y elevado grado de compromiso vital al que se halla sometido puede evidenciar consecuencias psicosociales del diagnóstico como temor a la muerte, estrés familiar, aislamiento social, abandono familiar, depresión, alteración de la imagen corporal y problemas económicos; la abundancia de estos problemas y su cronicidad pueden conducir al enfermo a estados emocionales severos.

Para afrontar toda la evolución de la enfermedad, como profesionales, debemos de conocer las necesidades, miedos e inquietudes de cada uno de los pacientes que atendemos así como las necesidades de familiares. Para ello se requiere, por una parte, de la existencia de equipos multidisciplinares donde el personal sanitario y todos aquellos profesionales preocupados por el tema de la salud, ayuden al enfermo y a la sociedad a prevenir la enfermedad, a combatirla y a convivir con ella¹².

La profesionalización de los cuidados humanos y éstos alrededor del proceso de cáncer requiere de conocimiento y métodos específicos, así como de compromiso y de responsabilidad profesional.

Cuando se escucha la palabra “cáncer” o “enfermo oncológico”, rápidamente se genera una imagen concreta de lo que significa dicha enfermedad y ante qué tipo de sujeto interactuamos. Lo mismo ocurre con la figura del profesional

de enfermería.

Sin embargo, los entendidos en el tema de las representaciones sociales no han trabajado en el ámbito de la enfermería y de la oncología, lo que genera un vacío en este campo de investigación. Existen estudios sobre la representación social de enfermedades como la esquizofrenia^{1,13} y de otros temas sobre sustancias tóxicas y sus consumidores¹⁴.

Este trabajo puede resultar en muchos casos dificultoso puesto que la idea preconcebida que tiene la sociedad de lo que somos y hacemos los profesionales de enfermería puede influenciar de forma positiva o negativa en nuestro quehacer diario¹².

Dentro del campo de la enfermería, la representación social del enfermero/a resulta muy importante. La enfermería trabaja con personas, generalmente enfermas y con su núcleo más próximo, siendo probablemente la figura más cercana a estos^{15,16}.

La cultura del cuidado enfermero juega un papel muy importante en el proceso de salud-enfermedad y en el proceso de atención de enfermería y cuidados. Cuando los profesionales enfermeros conocen los valores culturales, creencias y modo de vida de los individuos, el cuidado que se ofrece es mucho más provechoso e integral. Conocer la cultura de los cuidados fortalece el papel de la enfermería en la práctica clínica. Los valores, las creencias espirituales y elementos culturales que definen y dirigen la vida de cada individuo no pueden ser ajenos a los fenómenos de la práctica de enfermería, pues la imagen de la persona quedaría incompleta. La relevancia del cuidado cultural en los sistemas de asistencia de enfermería permite al profesional de esta disciplina realizar un análisis integral del individuo, teniendo en cuenta tanto la enfermedad, así como los aspectos socioculturales y espirituales del paciente. Cada individuo interioriza y aplica su cuidado según sus costumbres, sus creencias, y desde el inicio del mundo estas técnicas de alguna manera han servido para sobrevivir y mantenerse en el tiempo.

Los cuidados siempre están presentes, son tan antiguos como el hombre. Cuidados en la vida y en la muerte. Es imprescindible conocer la cultura, creencias y valores, de un individuo pero más aún como se desenvuelve en la sociedad. Si no tenemos en cuenta los factores culturales, se pueden producir resultados desfavorables y en ocasiones consecuencias graves. De ahí la importancia de nuestro trabajo con pacientes onco-hematológicos.

Cuando hablamos de cultura y cáncer, el papel del personal sanitario junto al enfermo y su manera de actuar ante él son de vital importancia. La vivencia de un cáncer dificulta la adaptación del paciente y familia a su nueva situación. Además, el origen étnico, la cultura y las creencias religiosas van a influir en la actitud personal y familiar respecto a la enfermedad, muerte y el hecho de morir. La expresión de las necesidades y como atenderlas va a ser diferente en función de la cultura. Como profesionales sanitarios es importante adoptar una actitud integradora del paciente oncológico, buscar tiempo para hablar fundamental para crear confianza y proporcionar seguridad. No puede ofrecerse una buena calidad asistencial si la comunicación es deficiente y existen prejuicios. Es necesario para todos los profesionales de la salud, comprender y estudiar los fenómenos psicológicos, religiosos y culturales de los individuos, familias y comunidades para de esta forma poder entender el comportamiento hacia los problemas de salud. Los valores, creencias y prácticas culturales no pueden ser fenómenos ajenos a las prácticas de enfermería¹⁷.

La ausencia de estudios sobre la actuación enfermera, de lo que somos, de lo que hacemos y de lo que podemos hacer, así como la importancia de conocer a cada uno de los pacientes con los que trabajamos, conocer sus miedos, sus inquietudes y sus necesidades, hace imprescindible crear una relación de confianza mutua que permita ayudarles y hacer de su estancia en el hospital un momento de su vida menos duro. A partir de estas ideas, surge la necesidad de conocer mediante un trabajo de investigación, como la actuación protocolizada del profesional de enfermería de una Unidad de Hospital de Día, puede reducir la ansiedad que produce a los pacientes la

aplicación de quimioterapia y sus efectos secundarios, así como su estancia por unas horas en dicha unidad.

Con este trabajo se busca reivindicar la función más inherente que tenemos las personas y más aún, los profesionales de enfermería como es el cuidar. Algo tan básico y tan sencillo, pero a veces tan escaso en nuestro quehacer diario.

1.2 Cáncer: definición y generalidades

El cáncer es una enfermedad universal que afecta a todos los seres humanos sin tener en cuenta la edad, el sexo, la raza ni el estado socioeconómico, cultural o geográfico. Sin embargo, se observan diferencias con respecto a la evolución y la gravedad de determinados tipos de tumores que se ven influenciados directamente por estas características. Es considerada la segunda causa de muerte en los países desarrollados, tanto en adultos como en niños. Además, se han identificado más de 150 tipos de cáncer diferentes y en todos ellos las células cancerosas presentan alteraciones morfológicas y bioquímicas respecto a las células normales¹⁸.

El cáncer no es una enfermedad única, ya que bajo ese concepto se agrupan una multitud de diferentes procesos clínicos, con un comportamiento diferente de unos a otros, y que tienen como características común la existencia, a partir de una única célula, de una proliferación anormal de células, que tienen la capacidad de diseminarse por el cuerpo mediante dos mecanismos: por invasión y por metástasis. Mecanismos que se producen o no según el tipo de cáncer. La invasión se refiere a la migración y a la penetración directa de las células cancerosas en el tejido vecino. La metástasis se produce cuando las células cancerosas circulando a través de los vasos sanguíneos y linfáticos llegan a invadir el tejido normal en otras partes del cuerpo. Esta característica es la que hace considerar el cáncer como una enfermedad sistémica, ya que las metástasis son las responsables de la mayoría de las muertes por cáncer.

Los tipos de cáncer más comunes difieren en función del género y de la edad. En los hombres el tipo de cáncer más frecuente es el de próstata y en mujeres el de mama. El cáncer de pulmón y el colorrectal son el segundo y tercero respectivamente para ambos sexos. En cuanto a la mortalidad por cáncer, en mujeres se encuentra el cáncer de mama en primer lugar, seguido del cáncer de pulmón, del colorrectal y de los ginecológicos. En el caso de los hombres, el cáncer de pulmón es el primero, seguido del de próstata, el colorrectal y el de páncreas¹⁹. Aunque se la considera una enfermedad genética, es hereditaria en un 5-10% y el resto se produce por alteraciones genéticas debido a trastornos medioambientales y otros factores de riesgo. La predisposición a padecer determinados tipos de tumores es debida a la transmisión de versiones anormales de algunos genes. La carcinogénesis o progresión tumoral conlleva alteraciones genéticas o mutaciones en el ADN que son responsables de que una célula cancerosa dé lugar a otras nuevas, al tiempo que se produce una selección de células cada vez más malignas. Es un proceso multigénico que puede ir de muy lento a muy rápido, compuesto por etapas y muy complejo, que tiene lugar en años. En las últimas dos décadas, los avances en biología molecular han demostrado que estas mutaciones están directamente relacionadas con la acción de agentes externos o cancerígenos.

Las causas que provocan las alteraciones genéticas son en gran parte debidas a factores exógenos producto de la forma de vida del ser humano. El Código Europeo Contra el Cáncer considera que el 70% de los tumores malignos podrían evitarse si las personas adoptasen hábitos de comportamiento saludables¹. Por tanto, la promoción y la educación para la salud son medios efectivos para prevenir muchos tipos de cáncer. Los factores de riesgo son diferentes para cada tipo de cáncer. Los más importantes son los siguientes:

- Agentes químicos como tabaco, alcohol, exposición profesional o dietética.
- Agentes físicos como radiaciones ionizantes, ultravioleta y cuerpos

extraños.

- Agentes biológicos o virus.

El aumento de conocimientos de la biología molecular tumoral, así como el desarrollo de nuevas técnicas para el diagnóstico, ha permitido aplicar estrategias terapéuticas más novedosas e individualizadas. Las decisiones sobre el tratamiento se basan en el tipo de tumor y en la extensión de la enfermedad, de ahí la importancia de ser extremadamente minuciosos y precisos.

Cada vez se valora más la calidad de vida del paciente y no sólo la supervivencia, lo que acerca la medicina a una vertiente más integral que intenta equilibrar los beneficios del tratamiento y el posible deterioro de la calidad de vida. Aunque se avanza hacia una medicina personalizada, donde se valora individualmente la actitud terapéutica, la oncología debe seguir el método científico y protocolizar sus esquemas de trabajo. Todo esto es posible gracias a la participación, durante todo el proceso, de un equipo interdisciplinar que permite la planificación terapéutica con un enfoque global.

El procedimiento diagnóstico como parte de esta metodología se fundamenta en tres partes: diagnóstico clínico del proceso tumoral, diagnóstico histológico y estudio de extensión. Los cánceres se suelen clasificar por su extensión, para lo que se suele utilizar una clasificación TNM, siendo T de acuerdo al tamaño o invasión del tumor primario, N de acuerdo a los ganglios linfáticos afectados y M si hay metástasis a distancia. A cada combinación de números para T, N y M se le asigna un grado de extensión global que se relaciona con la probabilidad de curación.

Actualmente se dispone de tratamientos eficaces del cáncer que, en promedio, permiten la curación de un 48% de los afectados y el mantenimiento como una condición crónica en el 35% de los casos, mientras que en el 17% no se logra detener el avance de la enfermedad¹. La eficacia de estos tratamientos depende del tipo de cáncer, estadio de la enfermedad en el

momento del diagnóstico y características de los pacientes. Los tratamientos más comunes son la cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia o terapia biológica. Tanto la propia enfermedad como los efectos de los tratamientos son importantes fuentes de estrés que afectan a la calidad de vida del pacientes y su familia²⁰.

Con respecto a nuestro trabajo, destacamos el cuidado, seguimiento y tratamiento quimioterápico, responsable en muchos casos, de la enorme ansiedad que puede producir su administración y los efectos secundarios derivados de los citostáticos. La aplicación de quimioterapia en los procesos neoplásicos sigue siendo una de las mejores armas para controlar el cáncer. Constituye la principal forma de tratamiento en la enfermedad diseminada y una de las más importantes en determinados tumores clínicamente localizados. Puede ser adyuvante (aplicada tras la cirugía para prevenir la aparición de nuevos tumores), neoadyuvante (para reducir el tamaño del tumor y aplicar cirugía u otro tratamiento local) o paliativo. Este tratamiento conlleva una serie de efectos secundarios que van a ser diferentes en función del tipo de fármaco utilizado y la dosis administrada. Los efectos secundarios más frecuentes son: alopecia, astenia, infecciones, pérdida de apetito, náuseas y vómitos, diarrea, intolerancia, xerostomía y mucositis. Síntomas importantes, que como profesionales debemos de conocer y saber explicar a los pacientes. Aunque los fármacos afectan también a las células sanas los efectos secundarios suelen desaparecer gradualmente una vez que termina el tratamiento.

Capítulo 2. Aspectos psicológicos del cáncer

2.1 Psicooncología

La Psicooncología²¹⁻²³ es un campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como a la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad. La Psicooncología se ha visto impulsada por el desarrollo de la psicología de la salud, el avance en investigación del estrés, las emociones y la psiconeuroinmunología en el cáncer, y la eficacia contrastada del tratamiento psicológico para mejorar la calidad de vida tanto de pacientes enfermos de cáncer, familiares y los propios profesionales.

La intervención psicológica de apoyo (IPA) en el cáncer se hace necesaria para que los pacientes y sus familiares afronten adecuadamente la enfermedad y el tratamiento del cáncer²⁵. La importancia de la atención psicológica se ha enfatizado en la medida en que el sistema sanitario ha reconocido como objetivos prioritarios tanto la curación como el alivio del sufrimiento humano, junto con la necesidad de que el paciente tenga información adecuada y participe en las decisiones terapéuticas. Asimismo, la optimización de las competencias y habilidades de los profesionales sanitarios y la prevención del burnout requieren la intervención psicológica²⁶.

Las causas que han producido el desarrollo de la aplicación de la psicología al cáncer arrancan de las necesidades clínicas y preventivas que concurren en éste, que principalmente son las siguientes³:

- La importancia sanitaria y social del cáncer, ya que a pesar de los datos positivos y esperanzadores que ofrecen los tratamientos actuales el cáncer sigue siendo la enfermedad más temida en

nuestro medio social.

- El paciente con cáncer y sus familiares están afectados por acontecimientos estresantes de alta magnitud que están presentes desde la intervención preventiva, el diagnóstico y el tratamiento que se prolongan en las revisiones periódicas, todo lo cual constituye un desafío a las estrategias de afrontamiento y control de los pacientes y su familia.
- El reconocimiento de que los objetivos del sistema sanitario son tanto la curación como el alivio del sufrimiento humano^{26,27}. La atención integral en cuidados paliativos está incluida como protección en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de la Salud²⁸, así como han sido avaladas por la recomendación 1418 del Consejo de Europa²⁹ y el Plan Nacional de Cuidados Paliativos aprobado en el año 2000³⁰.
- La necesidad de que el paciente tenga información adecuada y participe en las decisiones terapéuticas, tal como viene recogido en la Ley General de Sanidad³¹ y la Ley de Autonomía del paciente³².
- El énfasis en la necesidad de mejorar las competencias y habilidades de los profesionales sanitarios para optimizar la comunicación con el enfermo, manejar las emociones y las situaciones estresantes o conflictivas en la interacción con el paciente, de forma que éste logre la comprensión adecuada al proceso de diagnóstico y tratamiento, se asegure su adherencia y el que disminuyan los efectos adversos a las medidas preventivas, las pruebas diagnósticas y los tratamientos.
- La necesidad de que los sanitarios afronten adecuadamente el estrés profesional y la prevención del burnout.
- La importancia de la prevención, la promoción y la educación para la salud, que viene dada por la constatación de que los comportamientos saludables o los estilos de vida son determinantes o contribuyentes fundamentales del control del inicio del cáncer.

El desarrollo de habilidades sociales y el trabajo en equipo entre oncólogos,

psicólogos y profesionales de enfermería, es imprescindible en este tipo de pacientes. Entre las numerosas funciones que se pueden desarrollar destacamos: prevención y promoción de estilos de vida saludables, evaluación clínica y de la salud, tratamiento de problemas asociados al proceso de la enfermedad e investigación de factores psicológicos implicados en el cáncer y de la eficacia de la evaluación y tratamientos psicológicos.

Por tanto, el procedimiento de atención al paciente con cáncer es complejo, prolongado e implica a distintos especialistas.

2.1.1 Necesidades psicológicas y sociales en el cáncer

Las fuentes potenciales de estrés a las que ha de hacer frente el paciente con cáncer y sus familiares están presentes en todas las fases del proceso sanitario por el que ha de pasar^{33,34}: las pruebas de screening, el consejo genético (4 hospitales en la C. Valenciana), el diagnóstico, el tratamiento primario del cáncer, la cirugía, la quimioterapia, radioterapia o tratamiento hormonal, la terminación del tratamiento, la vuelta a la vida normal, la posible recurrencia y el tratamiento paliativo en su caso.

Detección precoz del cáncer

La mayoría de personas que llevan a cabo pruebas de screening se adaptan a esta situación positivamente^{2A}. No obstante quienes sienten estas pruebas como una amenaza, perciben un alto riesgo, no son optimistas, temen por sus hijos o tienen familiares que han padecido cáncer y usan estrategias evitativas de afrontamiento al estrés tienden a no realizar o retrasar la realización de pruebas, y muestran respuestas emocionales adversas, como es la ansiedad, que hace que el paciente no afronte su situación. En especial, para estas personas de riesgo, es necesario subrayar cómo una detección precoz mejora mucho las posibilidades de curación y de acceder a tratamientos menos agresivos. Asimismo, se debe insistir en el beneficio emocional directo que supone la prueba de screening ya que, en la mayoría de los casos, como es el

cáncer de mama, la mamografía simplemente confirma que todo va bien, con lo que inicialmente, la persona puede lograr una tranquilidad, seguridad y control sobre su salud que de otro modo no alcanzaría. Parece necesario insistir en las garantías que aportan la realización de mamografías u otras pruebas en los intervalos oportunos, dado que la detección precoz del cáncer es la mejor arma hoy por hoy para reducir su amenaza.

Sin embargo, independientemente de aspectos económicos que demuestran que el cribado de algunos tipos de cáncer puede no resultar eficiente, la aplicación sistemática a algunos grupos poblacionales de programas de screening como el de cáncer de próstata mediante la determinación sérica de antígeno prostático específico (PSA) ha sido motivo de controversia^{2B} por su utilización generalizada en algunos países, fundamentalmente relacionada con la sencillez de su determinación, pero sin que se dispongan de ensayos que demuestren su eficacia, particularmente en varones asintomáticos. Esta “medicalización” innecesaria de la población puede comportar un impacto negativo desde el punto de vista psicológico.

Consejo genético oncológico

Las personas que acuden a consejo genético por cáncer hereditario (5-10% de todos los cánceres) son personas con una historia familiar de cáncer muy extensa, de ahí la ansiedad y el miedo que experimentan. Además, en muchos casos durante su infancia y adolescencia han asistido al proceso de enfermedad y el fallecimiento de pacientes³⁵. El proceso de consejo, si se realiza adecuadamente, contribuye con la mejora de la calidad de vida y no tiene consecuencias emocionales adversas para la mayoría de los participantes, ya que la adopción de las medidas profilácticas proporciona un mayor control. No obstante, es necesario llevar a cabo una evaluación psicológica que permita determinar qué personas necesitan una atención o tratamiento psicológico (aproximadamente un 25%) puesto que el consejo puede o no confirmar un diagnóstico³⁶. Los indicadores más importantes de la necesidad de atención que son los siguientes³⁷:

- Mostrar un alto nivel de estrés previo al consejo genético, ansiedad, pesimismo o pérdida de autoestima.
- Presencia de antecedentes psicopatológicos en ellos mismos o sus familiares.
- Muerte reciente de un familiar por cáncer y estar en proceso de duelo.
- Experiencias negativas de cáncer en la familia durante la adolescencia.
- No esperar la presencia de una mutación genética y resultado positivo.

Además para llevar a cabo esta labor, se ha de tener en cuenta que se requiere la colaboración de los familiares afectados de cáncer para obtener el material genético. El primer probando es un miembro de la familia que padece o ha padecido cáncer. Esta prueba puede ser un fuerte estresor para él ya que de sus resultados depende la presencia de factores hereditarios en el resto de la familia. La información de esta prueba es confidencial entre médico y paciente.

Diagnóstico

El proceso diagnóstico de cáncer, el conjunto de pruebas, su interpretación y las decisiones sobre los tratamientos así como la segunda opinión se asocian a una elevada ansiedad e incertidumbre para la paciente y su familia. La primera reacción al diagnóstico o su sospecha puede ser de negación, incredulidad, aceptación pasiva o un shock emocional, ya que en la mayoría de los casos el diagnóstico es inesperado, para después de un cierto tiempo llegar paulatinamente a cierta adaptación. En todo caso, constituye una amenaza para la supervivencia, al bienestar psicológico y social y a los proyectos vitales del propio paciente y de su familia.

Las estrategias de afrontamiento ante el diagnóstico más frecuentes son las siguientes³⁸: a) espíritu de lucha, en el que la persona considera el cáncer como un reto al que ha de enfrentarse para obtener los mejores tratamientos y preservar su calidad de vida y mantener sus proyectos vitales; b) la negación de tratar de minimizar la amenaza y evitar la información; c) el fatalismo,

considerar que nada puede hacer, que todo depende de la suerte; d) la indefensión y desesperanza, el diagnóstico se considera como una pérdida, sin posibilidades de control y e) la preocupación ansiosa, marcada por la rumiación persistente y el miedo, que constituye el “síndrome de la espada de Damócles”.

Esquema de supervivencia			
Afrontamiento	Diagnóstico	Control	Pronóstico
Espíritu de lucha	Desafío	Capacidad de control	Bueno
Negación	Mínima amenaza	Irrelevante	Bueno a corto plazo
Fatalismo	Amenaza	Depende de otros	No conocido
Indefensión	Pérdida	No hay control	Malo

Tabla 2. Estrategias de afrontamiento frente al cáncer³⁸.

Las reacciones emocionales tras el diagnóstico son variables y están influenciadas por muchos factores, entre los que se cuenta la edad, ya que las personas más jóvenes responden con mucha más ansiedad, suelen requerir más información, sienten mayor temor no sólo por su vida, sino por su sentido de feminidad o masculinidad, imagen corporal, fertilidad, cuidado de sus hijos, proyectos vitales y situación económica. Las personas mayores responden con menor ansiedad y con mayor indefensión, las necesidades y síntomas que sufren son con frecuencia peor evaluados y tratados que en las personas jóvenes y de mediana edad. El apoyo familiar, de pareja, social y laboral así como la vulnerabilidad psicológica previa y la historia de cáncer familiar son determinantes fundamentales del afrontamiento del diagnóstico.

Hospitalización y cirugía

La hospitalización constituye un evento estresante, ya que conlleva una pérdida de intimidad, exposición a otros enfermos, cambios en patrones habituales de conducta, comidas, desorganización del ambiente familiar,

inactividad y la ausencia de distractores que facilitan las preocupaciones. Los principales problemas son la ansiedad y el miedo ante el proceso quirúrgico, sus posibles resultados y las consecuencias posteriores³⁹. Estos estados emocionales pueden interferir con una adecuada decisión sobre la modalidad de tratamiento. El miedo puede producir dos reacciones extremas negativas: los pacientes que adoptan las medidas más agresivas de forma inmediata y los que optan por la evitación y la delegación de la decisión. El objetivo que se debería alcanzar es que la persona estuviera en condiciones de tomar decisiones autónomas, informadas y asesoradas por los profesionales sanitarios.

Después de realizada la intervención quirúrgica, por ejemplo en el caso de cáncer de mama o cáncer de colon, la persona se enfrenta a nuevos retos, que son los siguientes: a) cambios subjetivos, producto directo de la cirugía y de la amenaza del cáncer, que tardarán un tiempo en superarse como dolor postquirúrgico, pérdida inicial de movilidad, posible linfedema, alteración de la imagen corporal y cambios emocionales (pérdida de autonomía, tristeza, pensamientos de sentirse víctima, etc.); b) cambios en el rol familiar y c) el manejo de la enfermedad crónica, puesto que tras el tratamiento primario puede ir seguido de quimioterapia adyuvante, radioterapia o tratamientos hormonales que suponen nuevas situaciones a las que hay que adaptarse.

Tratamientos de quimioterapia, radioterapia y otros

Los tratamientos de quimioterapia o radioterapia, aunque son bien tolerados por la mayoría de las pacientes y existe un cierto control de sus efectos colaterales, pueden producir síntomas físicos tales como astenia, náuseas y vómitos, dolor, pérdida del cabello, mucositis y posible déficit cognitivo, entre otros, que afectan muy negativamente a la calidad de vida, en muchos casos sólo de forma temporal, pero en otros durante meses, años o de forma permanente⁴⁰. Todo esto provoca un alto malestar psicológico, debido al miedo a los tratamientos, la percepción de los síntomas negativos, cambios en la imagen corporal, sexualidad, actividades de la vida diaria y síntomas de

ansiedad, irritabilidad, tristeza y falta de autoestima.

Finalización de los tratamientos y las revisiones

Se ha de destacar que algunos de los síntomas físicos producidos por los tratamientos continúan manifestándose durante los meses posteriores a su finalización así como las reacciones psicológicas, ya que se observa por ejemplo en algunos tipos de cáncer que a los seis meses de la finalización del tratamiento el 70% de los pacientes siguen manifestando problemas de sueño, un tercio sigue con niveles altos de ansiedad y tristeza y más del 50% manifiestan problemas sexuales y de imagen corporal que continúan a los 18 meses^{41A} y fatiga oncológica que puede durar varios años. Además, el contacto directo con el personal médico, la atención continua de la familia, pareja y amigos, que durante los cuidados hospitalarios aportan un fuerte apoyo, queda disminuido en la vuelta a la vida diaria. En el momento inmediato tras ser dado de alta no se dispone de una capacidad plena para asumir las funciones que eran habituales. La inactividad facilita las frecuentes sensaciones de incertidumbre, estados de ansiedad que persisten o pueden aumentar por la separación del cuidado, preocupaciones sobre el retorno del cáncer y sentimientos de soledad y abandono. Los 100 primeros días que siguen a la terminación de la terapia son un periodo difícil de afrontar.

Asimismo, las revisiones periódicas se asocian al temor a una recidiva y pueden provocar altos niveles de ansiedad en los días previos a las pruebas y en los momentos de espera de los resultados, lo que pone en gran riesgo la calidad de vida^{41B}.

Trayectorias vitales de los supervivientes

Las áreas de atención e investigación en quienes han terminado el tratamiento primario del cáncer, i.e. supervivientes del cáncer, se centran en los siguientes aspectos:

- Físico/Médico (ej.: segundo cáncer, dolor, problemas cardíacos, linfedema, cuidados del estoma, problemas sexuales y de infertilidad, entre otros).
- Psicológico (ej.: depresión, ansiedad, incertidumbre, aislamiento, imagen corporal).
- Social (ej.: cambios en relaciones interpersonales, familiares y de amigos, problemas laborales, escolares y económicos).
- Áreas existenciales y espirituales (ej.: propósitos, significado, apreciación de la vida).

La adaptación psicológica ante el cáncer a medio y largo plazo es muy variable, en concreto la investigación al respecto revela que se pueden distinguir cuatro trayectorias que aparecen durante el primer año tras la intervención en cáncer de mama^{42,43}: a) aquellas mujeres que presentan un nivel previo de trastornos emocionales y déficit en apoyo social; b) las que presentan un perfil de deterioro progresivo, que parten de un cierto nivel de vulnerabilidad psicológica pero que al que se añaden nuevos acontecimientos estresantes (ej.: pérdida de pareja, problemas laborales, otras enfermedades familiares, etc.); c) las mujeres bien adaptadas inicialmente que logran recuperar su funcionamiento social y personal y d) aquellas mujeres con óptimos recursos personales y de afrontamiento a las que el cáncer les hace crecer personalmente como resultado del proceso de lucha que emprenden a partir de la vivencia del mismo. Circunstancias que a pesar de describirse en personas con cáncer de mama también es visible en pacientes con otro tipo de cáncer.

En algunos casos el hecho de haber padecido cáncer produce un crecimiento postraumático, es decir, un cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático, como es el cáncer que viene dado por⁴⁴: a) mejora de las relaciones interpersonales, b) mayor apreciación de la vida, c) mejoras en la propia percepción de los recursos psicológicos, habilidades y características personales; d) mayor espiritualidad y e) cambios en las

prioridades y metas de la vida. Asimismo, también se describen cambios positivos en comportamientos saludables y el compromiso de una vigilancia más cuidadosa del cáncer como beneficios de la experiencia de haberlo padecido.

Recidivas

Un momento devastador para cualquier persona que ha llevado a cabo un tratamiento de cáncer precoz es oír a su médico que, a pesar de los mayores esfuerzos, la enfermedad ha regresado. La recidiva es considerada como un fracaso tanto para el paciente como para los miembros del equipo médico. Las reacciones emocionales son de frustración, indefensión y sentimientos de incontrolabilidad, que después van derivando hacia la aceptación de la situación como una condición crónica que se puede controlar en grado variable. La mayor parte de las personas que han sufrido una recidiva consideran que es más desoladora, y les induce expectativas mucho más pesimistas, que el diagnóstico inicial.

Es necesario proporcionar atención psicológica a los pacientes en el momento de la recidiva, que es un suceso traumático, y entrenar al personal sanitario para manejar esta situación⁴⁵.

Cáncer avanzado y terminal

La Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO)⁴⁶ entiende que en el caso de la enfermedad avanzada los indicadores de tratamiento centrados en el paciente, tales como la toxicidad, la supervivencia y la calidad de vida, son más importantes que los relativos a la enfermedad. En esta fase los desafíos que cobran importancia fundamental son: a) la falta de información, incertidumbre, o la conspiración de silencio; b) la indefensión y falta de participación en las decisiones; c) el control de síntomas molestos y de las reacciones indeseables de los tratamientos como astenia, dolor, problemas cognitivos, etc.; d) el miedo ante la muerte; e) la pérdida de roles sociales; f) la sensación de dependencia, inutilidad, de ser una carga para los demás; g) las

situaciones de falta de intimidad, compañía o soledad, separación de la familia o sentimientos de rechazo; h) los pensamientos negativos de culpabilidad, miedo al futuro o victimización; i) los estados de depresión o ansiedad; j) las necesidades espirituales (despedida de familiares, hablar de su trayectoria vital, no dejar asuntos pendientes, entre otros). Así como el estrés existencial, que se define como el interés en la confrontación con la mortalidad, el significado de la vida y el mérito como persona. La atención acerca de la muerte, el aislamiento, el significado y la trascendencia de la vida se hacen progresivamente más importantes en las personas con cáncer avanzado⁴⁷.

En esta fase es preciso, además de controlar los síntomas físicos, hacer que la persona sienta que es necesaria y que no es una carga para los demás, que participa en el proceso de toma de decisiones, especialmente cuando aumenta su dependencia. Es necesario expresar afecto a través del contacto, informar sobre los síntomas y la naturaleza de la enfermedad y hacer que tenga la oportunidad de hablar sobre el proceso de la muerte si lo desea. Hacer posible una comunicación sincera con la familia y con los encargados de su atención y mantener la confianza de que está recibiendo el mejor trato posible⁴⁸.

Como profesionales de enfermería encargados del cuidado y tratamiento de pacientes con cáncer debemos de ser capaces de detectar dichas alteraciones y diagnósticos de enfermería y poner medios para poder poner tratamiento. Es importante, pues muchos de nuestros pacientes en sus sesiones de quimioterapia hablan con nosotros de temas que quizás con otros profesionales no comenten.

2.1.2 Síntomas físicos asociados al cáncer y sus tratamientos

Los síntomas físicos asociados al cáncer y sus tratamientos afectan a la calidad de vida y el bienestar de los pacientes y sus familiares. Los más comunes son los siguientes^{34,49,50}:

-Dolor. Puede afectar al 40% de pacientes en el diagnóstico durante la enfermedad o tratamiento y al 70-90% de aquellos con enfermedad avanzada. Puede estar ocasionado por el propio tumor o los tratamientos anticancerosos. El dolor puede ser somático, visceral o neuropático (ej. por lesiones del sistema nervioso). Es el síntoma más temido, y con mucha frecuencia no está bien evaluado y tratado, a pesar de las posibilidades de control que existen en la actualidad.

-Astenia. El cansancio es una queja común en el paciente con cáncer, el 91% de los que la experimentan informan que les impide llevar a cabo una vida normal. Se produce por la quimioterapia y radioterapia principalmente y puede mantenerse una vez terminados los tratamientos.

-Problemas respiratorios. Los problemas respiratorios son frecuentes y muy molestos en personas con cáncer avanzado, sobretodo en pacientes con cáncer de pulmón y pacientes con trasplante de médula ósea. La disnea restringe mucho la actividad física y social.

-Linfedema. El linfedema es el acúmulo de linfa en una extremidad, generalmente el brazo, que produce una hinchazón. Se suele definir como el incremento del volumen del brazo superior a un 10%, frecuente a causa de la cirugía en el cáncer de mama. Esta patología provoca debilidad, limitación al movimiento y dolor, además de afectar a la imagen corporal.

-Problemas cognitivos. Déficits cognitivos relativos a atención, memoria o confusión se dan en determinados protocolos de quimioterapia, radioterapia o inmunoterapia, o bien se detecta metástasis, astenia o trastornos de ansiedad y depresión.

-Dificultades de comunicación. En pacientes de cáncer de laringe, esófago, cabeza y cuello y cerebral, afectando a la calidad de vida.

-Problemas relativos al embarazo. Las mujeres afectadas de cáncer muestran preocupaciones acerca de quedar embarazadas durante el tratamiento. El cáncer detectado durante el embarazo ocasiona un alto nivel de estrés y ansiedad. Muchas mujeres piensan que el embarazo posterior empeora el pronóstico o la recurrencia del cáncer. El tratamiento del cáncer en mujeres embarazadas es más complicado y debe tener en cuenta el riesgo para el feto de la quimioterapia, radioterapia o cirugía.

-Infertilidad. Según la edad, la histerectomía, ooforectomía, la radiación en órganos pélvicos y la quimioterapia (menopausia prematura) provocan infertilidad. La infertilidad en los hombres puede suceder por el daño en la espermatogénesis, disfunción eréctil y disminución de la libido, tras la cirugía, radioterapia, quimioterapia o terapia hormonal. Los jóvenes con estadios medios y altos, con tratamientos agresivos, sienten un alto grado de ansiedad por la infertilidad. La criopreservación del espermatozoides es una posible solución.

-Olores. Como resultado de la enfermedad se pueden emitir olores, lo que puede provocar síntomas depresivos y aislamiento social. Estos olores pueden resultar de estomas, fístulas urinarias o fecales o necrosis del tumor en cavidades corporales o úlceras superficiales.

-Náuseas y vómitos. Los protocolos de quimioterapia pueden inducir náuseas y vómitos a pesar de los tratamientos antieméticos actuales. Aproximadamente, la cuarta parte de los pacientes experimentan estos síntomas de forma anticipatoria o condicionada con intensidad moderada o alta, en respuesta a olores, gustos y lugares asociados con la quimioterapia. Estos síntomas pueden hacer que el paciente abandone el tratamiento.

-Deficiencias nutricionales y carencia de apetito. Los tratamientos pueden dañar la nutrición, por lo que en ocasiones hay que recurrir a alimentación por vía enteral. La pérdida de apetito es frecuente en estados de cáncer avanzado, se puede deber a la enfermedad o a los tratamientos, así como a efectos de la depresión. La debilidad producida puede provocar problemas para realizar las actividades de la vida diaria y dañar las relaciones sociales.

-Síntomas orales. Pueden aparecer infecciones, hemorragias gingivales, estomatitis y mucositis, boca seca, cambios en el gusto, dificultad para masticar, pérdida de piezas dentales, así como problemas para deglutir la comida y alteraciones del gusto.

-Problemas de funcionalidad. Las personas con cáncer avanzado pueden presentar grandes dificultades para llevar a cabo actividades de la vida diaria, incluyendo el autocuidado, movilidad, actividades físicas y actividades de rol. La presencia de estas limitaciones es proporcional al estado depresivo. Estos problemas son diferentes según viva el paciente en medio intra o extrahospitalario.

2.1.3 Reacciones emocionales y trastornos psicopatológicos ante el cáncer

El malestar es la experiencia emocional aversiva que impacta el funcionamiento cognitivo, conductual, social, emocional y espiritual de los pacientes con cáncer^{51A,51B}. El malestar interfiere en la capacidad de afrontar el cáncer, sus síntomas físicos y el tratamiento médico. Los datos actuales permiten afirmar que es el efecto colateral del cáncer del que menos se informa y el más común. En el estudio clásico de Zabora⁵², realizado sobre aproximadamente 4500 pacientes de cáncer, fueron evaluados con el Inventario de Síntomas Breves (BSI). Derogatis⁵³ mostró que un 35% de la muestra presentaban síntomas que requerían tratamiento psicológico,

fundamentalmente eran los pacientes con tumores con peor pronóstico (cáncer de pulmón, cerebral, páncreas e hígado), más jóvenes, con menor estatus socioeconómico, educativo y apoyos sociales. Hegel⁵⁴ estudió a 236 mujeres con cáncer de mama en estadio inicial, encontrando que el 47% evaluaban su nivel de malestar en niveles clínicamente significativos, un 11% presentaba depresión mayor y un 10% trastorno de estrés posttraumático.

Burgues⁵⁵, en un trabajo con 222 mujeres a las que siguió durante 5 años, mostró cómo casi el 50% de las mujeres con cáncer de mama tenían depresión, ansiedad o ambas en el año tras el diagnóstico, el 25% en el segundo, tercer y cuarto año tras el diagnóstico y un 15% en el quinto año. El 45% de las mujeres que tuvieron recaídas experimentaron depresión, ansiedad o ambas en los 3 meses siguientes al diagnóstico de la recidiva. Los trastornos de ansiedad y depresión estaban asociados a trastornos psicológicos previos, carencia de apoyo social, ser más joven y haber sufrido acontecimientos estresantes previos.

Kissane⁵⁶ evaluó la morbilidad psicológica en mujeres con cáncer de mama en estadio precoz (303 pacientes) y con cáncer avanzado (200 pacientes) mediante una entrevista psicopatológica estructurada, medidas de autoinforme para evaluar la morbilidad psiquiátrica, calidad de vida y actitud ante el cáncer. Los resultados mostraron que los trastornos de ansiedad estaban presentes en el 8,6% de la muestra de pacientes con estadios precoces y el 65% en la enfermedad avanzada. La fatiga, una historia anterior de depresión, actitudes cognitivas de indefensión, desesperanza o resignación predecían la depresión en los dos grupos.

Cuando una persona padece cáncer en cualquier fase de la enfermedad, sufre un fuerte impacto emocional, su funcionamiento social y laboral puede estar profundamente afectado, y este malestar se extiende a su familia y amigos⁵⁷. El diagnóstico inicial supone un shock, a muchas personas les cuesta creer que pueda ser verdad, se sienten incapaces de tomar decisiones y no saben muy bien qué hacer, surge el miedo y la desolación ante la posibilidad de una

enfermedad larga, riesgo de muerte y ruptura de las metas vitales. No obstante, durante y después del cáncer es posible vivir con bienestar personal, familiar y laboral, si bien se requiere tiempo para habituarse y adaptarse a la nueva situación.

Cada persona responde ante el cáncer y sus tratamientos de un modo diferente, que puede ser variable, de forma que a veces el estado emocional cambia⁵⁸. Las reacciones más frecuentes experimentadas por la persona afectada de cáncer son una combinación de las siguientes emociones que se describen a continuación.

Ansiedad y cáncer

Vivir con cáncer afecta a la percepción y valoración de uno mismo. A la percepción de cómo uno es observado por otros y a la percepción de uno mismo con respecto a cómo desearía ser. Situación estresante que produce una elevada ansiedad. La ansiedad es un sentimiento o una sensación inquietante que a menudo se experimenta cuando se enfrenta una situación abrumante de tensión e incertidumbre. Puede conllevar temor a lo desconocido (no saber qué puede pasar) o temor a lo conocido (saber qué puede pasar). La ansiedad puede ser leve, moderada o grave. La ansiedad grave tiene consecuencias físicas tales como náuseas, diarrea, colon irritable e incluso puede afectar al sistema inmunitario. También puede incidir sobre la capacidad para pensar con claridad y afectar el rendimiento en el trabajo, las relaciones y las actividades diarias.

En algún momento, todos los seres humanos sienten ansiedad, aunque las causas son muy diferentes en el caso de cada persona.

La ansiedad debe incluir al menos tres de los siguientes síntomas⁵⁹:

- Preocupación excesiva acerca de varios acontecimientos o varias actividades
- Tensión muscular
- Cambios en el sueño⁶⁰ (dificultades para dormir o dormir más de lo

habitual)

- Desasosiego
- Síntomas físicos como, por ejemplo, aumento del ritmo cardíaco, sudor, palpitaciones, temblores, disnea, opresión en el pecho, náuseas, diarrea, eritema, mareos o aumento de la presión arterial
- Agotamiento
- Dificultad para concentrarse
- Irritabilidad
- Dolencias físicas

A pesar de los continuos avances en el tratamiento y las mejoras en el pronóstico y en la calidad de vida de los pacientes con cáncer no han sido capaces de desterrar la asociación de esta enfermedad con sentimientos de desesperación, ansiedad, dolor, miedo y muerte.

Saberse portador de un cáncer desencadena una reacción psicológica de crisis en la que surgen conflictos interpersonales, se deteriora la capacidad de relación y la seguridad en uno mismo y se dificulta la toma de decisiones; en definitiva, hay una transición de rol. Cuando el paciente percibe su situación como amenazante, surge una reacción de ansiedad cuya intensidad y duración depende de los recursos de los que dispone para afrontar los acontecimientos negativos que se prevé que lleve consigo la enfermedad⁴⁵. Si por el contrario valora la situación como una pérdida importante, aparecen sentimientos de desánimo o tristeza que pueden derivar en diversas patologías, como trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

El miedo y la ansiedad, sentimientos muy unidos, pueden considerarse una constante en las diferentes etapas de la enfermedad. Influyen en todos los pacientes que, en algún momento, se ven afectados con mayor o menor intensidad, lo que les genera una situación de estrés importante. Son causas de sentimientos de ansiedad⁶¹:

- A la muerte.
- A la posible dependencia del cuidador, la familia, personal sanitario, etc.
- Ante alteraciones de la imagen corporal.

- A no poder realizar las actividades cotidianas.
- Ante la posible alteración de las relaciones personales y sociales.
- A la reincorporación a la vida cotidiana, el trabajo, los estudios o la vida familiar tras finalizar el tratamiento.
- A posibles recaídas.
- Al dolor y a otras secuelas que acompañan a la enfermedad en estadios avanzados.

Diferentes estudios en pacientes con cáncer han puesto de manifiesto una prevalencia estimada de trastornos de ansiedad que va del 15 al 23%: ataques de pánico, ansiedad generalizada, fobias a los tratamientos, fobia social y estrés postraumático, dependiendo del tipo de cáncer y gravedad⁵⁵.

Miedo

El cáncer es la enfermedad más temida, ello se debe a que en nuestro medio social se sostienen mitos que hacen que el cáncer sea sinónimo de muerte, dolor, incapacidad, desfiguración y sufrimiento ante que el nada se puede hacer. Sin embargo, estas creencias son falsas, en la actualidad los tratamientos permiten la curación del 50% de los pacientes⁶², controlar la enfermedad como una condición crónica, y siempre se puede disponer de cuidados efectivos para eliminar o paliar el dolor, los síntomas negativos y el sufrimiento o mejorar el bienestar durante la enfermedad. En todos los casos siempre hay algo que se puede hacer.

El cáncer suscita miedo. Identificar aquello a lo que el paciente teme es el primer paso para poder hacer frente. Compartir los sentimientos con la familia, los profesionales sanitarios y el psicólogo constituye una oportunidad, para corregir ideas erróneas y encontrar medios para superar los temores de una forma más eficaz. Hablar de lo que se tiene miedo, exponerse a ello directamente, es la mejor manera de superarlo⁶³.

Incertidumbre

El hecho de no estar seguro acerca de lo que puede suceder, en cuanto al pronóstico, los resultados de los tratamientos y posibles recaídas hace que muchas personas se sientan contra la pared. La preocupación acerca de posibles peligros elevan la ansiedad y pueden perturbar la realización de actividades domésticas, laborales, de ocio y la comunicación con los demás. Para hacer frente a la incertidumbre se aconseja conocer cómo las dudas y lo impredecible de la situación producen malestar. Se han de comunicar las dudas, pedir información y contrastar opiniones con los profesionales sanitarios, así como reconocer o aceptar que no se puede conseguir una seguridad plena⁶⁴.

Negación

Consiste en no reconocer la enfermedad, el alcance de su gravedad o las consecuencias negativas que puede tener, debido a la aversión que suscita. Se caracteriza por no querer hablar de la enfermedad, su pronóstico, consecuencias o tratamientos, disminuir su importancia y delegar la responsabilidad en otros⁶⁵. Es una reacción normal a las malas noticias, la persona puede preferir ignorar, tratar de olvidar la situación y dejar que dedican otros si se siente abrumada por la información. Si es temporal y no interfiere con los tratamientos es una reacción adaptativa.

Tristeza

Los sentimientos de victimización, de desvaloración personal, o sentimientos negativos acerca de uno mismo, la focalización en las quejas acerca de las limitaciones o actividades que no pueden llevarse a cabo debido a la enfermedad o la renuncia a proyectos deseados provocan estados de tristeza⁶⁶. La disminución de actividades sociales y laborales supone una pérdida de fuentes de gratificación y disminuye la autoestima.

Para evitar este sentimiento, debemos aconsejar y motivar al paciente a la

realización del mayor número de actividades gratificantes y alejarse de aquello que resulte molesto y perturbador, así como sustituir los pensamientos negativos. Es efectivo comunicar las emociones y buscar el apoyo de familiares y amigos.

Rabia o ira

Una persona enferma con frecuencia siente rabia porque las cosas no hayan sucedido como uno hubiera preferido o merecido. La frustración y los altos niveles de ansiedad hacen que aumente la intensidad de las reacciones incluso ante contrariedades ajenas a la enfermedad. En muchas ocasiones esta ira se dirige a los seres queridos, ya que las personas nos encontramos más seguros con ellos y sabemos que nos perdonarán³⁴.

Para manejar la ira, como profesionales, es importante hablar con el paciente para identificar su enfado y necesidades, ser consciente de que la ira a corto plazo proporciona un desahogo emocional, y un medio de control, pero a medio y largo plazo aísla de los demás y les hace sentir culpables. Es útil disminuir la ansiedad para evitar la aparición de ira, a través de la relajación y la respiración controlada.

Pérdida de control y dependencia

El hecho de estar enfermo en ocasiones obliga a delegar responsabilidades y decisiones en otros. En muchas ocasiones, hay pérdida económica y de bienes. Si uno se siente abrumado por las amenazas puede llegar a considerar que no puede hacer nada y que todo depende de los demás⁵⁰. Las actividades cotidianas y el cuidado de uno mismo puede hacer preciso las ayudas de quienes nos rodean, de forma temporal o de modo más continuado. Lo mejor es aceptar esta ayuda. Todo ello no significa carencia de control respecto a las decisiones sobre el tratamiento y a la vida diaria. Conviene comunicar a familiares y amigos el papel activo que queremos que el paciente desempeñe.

Culpabilidad

Este sentimiento puede surgir al considerar si uno podría haber hecho algo para prevenir el cáncer, o detectarlo antes. Los hechos del pasado no pueden cambiarse y es inútil centrarse en ellos, la enfermedad se puede producir por muchos factores impredecibles, nadie es culpable. Hay que centrarse en el hoy, y en cómo influir en la salud y en el bienestar en el presente. A veces, una persona puede sentirse culpable por estar preocupando o alterando la vida o ser una carga familiar. Compartir este sentimiento con los familiares es beneficioso para uno mismo y para ellos⁶⁷.

Aislamiento

La preocupación por la enfermedad, el hecho de querer ocultarla a los seres queridos o el pensar que los demás no comprenden el estado en que uno se encuentra, le hacen a uno sentirse aislado o alejado de los demás⁶⁷. El hecho de hablar del tema puede hacer aflorar la tristeza, el miedo y el llanto, y por ello optar por la soledad. En este caso, es importante una buena comunicación con los familiares para que estos conozcan de lo que quiere hablar y respetar su nivel de intimidad.

Estigmatización

Existen creencias acerca del cáncer que no coinciden del todo con la realidad pero que, la población las ha tomado como verdaderas creando inseguridades y miedos al respecto del cáncer. Se ha creado una representación del enfermo oncológico. Algunos estigmas asociados al cáncer todavía existen. Muchas personas pueden dudar de que el enfermo vuelva a trabajar, muchos pueden tener miedo de cometer errores cuando hablan o pueden hacer daño cuando preguntan algo. Este desconocimiento hace que cuando la sociedad escucha la palabra cáncer o enfermo oncológico, rápidamente se genera una imagen muy concreta de lo que significa la enfermedad y qué tipo de sujeto tenemos delante. A nivel individual esta estigmatización puede ocasionar grandes

trastornos psicológicos que contribuyen a un inadecuado funcionamiento del organismo y a un afrontamiento deficitario de la enfermedad. Todo esto conlleva a una necesidad social de desaparición de la enfermedad dado el estigma social que produce¹². Conocer las creencias que posee la sociedad ayuda a superar la enfermedad y convivir con ella. Ayuda también, a comprender al enfermo y a explicar aspectos de su vida desconocidos para muchas personas.

Estados emocionales positivos

Muchas personas tras el cáncer han experimentado un sentimiento de fortaleza o capacidad para hacer frente a la enfermedad y mantener el bienestar propio y de su familia. Es lo que se llama resiliencia, es decir la capacidad de sobreponerse a la adversidad, recuperarse, salir fortalecido, con éxito, y de desarrollarse personal, social y ocasionalmente, pese a estar expuesto a un estrés psicosocial grave como es el cáncer⁶⁸.

El cáncer hace que muchas personas adquieran una idea más clara de las prioridades vitales. Es decir, apreciar más cuáles son las metas y actividades más valiosas, y cuáles son secundarias. Padecer esta enfermedad puede conllevar un mayor aprecio del bienestar y de las personas a las que se quiere, e incluso un sentimiento de paz o comodidad interior.

Depresión y cáncer

La prevalencia de trastornos del estado de ánimo en el cáncer en los diferentes estudios va desde el 23% al 35%⁶⁹. Los factores de riesgo de depresión para los pacientes con cáncer son los siguientes⁷⁰:

A) Factores de riesgo relacionados con el cáncer:

- Depresión^{71A} en el momento del diagnóstico del cáncer.
- Deficiencia para controlar el dolor.
- Estadio avanzado del cáncer.
- Deterioro o presencia de síntomas físicos asociados al cáncer.

- Cáncer de páncreas.
- Ser soltero y padecer de cáncer de cuello o cabeza.
- Tratamiento con ciertos fármacos tales como corticoides, procarbina, L-asparaginasa, interferón-alfa, interleucina-2, amfotericina-B.

B) Factores de riesgo sin relación con el cáncer:

- Antecedentes personales de depresión, falta de apoyo social, presencia de eventos vitales estresantes (duelo, separación, jubilación, paro, etc.).
- Antecedentes de intento o ideación suicida.
- Alcoholismo o abuso de drogas, padecer enfermedades simultáneas que se asocian con síntomas depresivos (como derrame cerebral o infarto de miocardio).

El diagnóstico de la depresión mayor en personas sanas físicamente se basa de forma importante en síntomas de insomnio, pérdida de apetito y de peso, fatiga y falta de interés en el sexo. Estos síntomas pueden deberse al proceso de enfermedad o los efectos colaterales de los tratamientos, por ello en pacientes con cáncer la depresión se identifica mejor por la intensidad del humor depresivo, la pérdida de interés y placer, el grado de sentimientos de desesperanza, la culpa, la infravaloración personal y la ideación suicida.

Suicidio y cáncer

La prevalencia del suicidio en pacientes con cáncer es superior a la población general. El riesgo es más alto durante los primeros meses después del diagnóstico o en los momentos siguientes a recibir malas noticias, tales como una recidiva. Los suicidios son más frecuentes entre los pacientes con cáncer oral, de faringe y de pulmón²⁷.

Los factores de riesgo para el suicidio en el paciente con cáncer son los siguientes²⁷:

- Antecedentes de problemas mentales, especialmente los relacionados con la conducta impulsiva, como el trastorno límite de la personalidad.
- Antecedentes de intentos de suicidio.
- Antecedentes de suicidio en personas cercanas.
- Diagnóstico de depresión.
- Abuso de sustancias psicotrópicas.
- Defunción reciente de su pareja, familiares o amigos.
- Escasez de apoyo social.
- Diagnóstico de cáncer oral, de faringe o pulmón.
- Enfermedad en estadio avanzado y con mal pronóstico.
- Confusión o delirium.
- Síntomas físicos mal controlados, sobre todo el dolor, astenia, problemas respiratorios, pérdida de control de los intestinos y la vejiga.
- Déficits en cuanto a pérdida de la movilidad, incapacidad para mantener el autocuidado y la higiene íntima, pérdida de la vista o la audición, parálisis, incapacidad de comer o tragar sin ayudas físicas o de otros.

Es preciso como profesionales evaluar cuidadosamente a los pacientes con cáncer con ideas suicidas. Hablar sobre el suicidio no provoca o aumenta el intento de suicidio del paciente, sino que muestra a la persona que nos preocupa, le permite describir sus sentimientos y sus miedos y lo provee de un sentido de control. Se deben controlar los síntomas que contribuyen a la situación, como el dolor, y tratar la depresión, la psicosis, la ansiedad u otros factores relevantes. Es indispensable usar un enfoque de tratamiento orientado a la intervención en momentos de crisis que tengan en cuenta el sistema de apoyo del paciente^{72A}.

El método de suicidio más común entre los pacientes de cáncer es la sobredosis de analgésicos y sedantes, y la mayoría de los casos ocurren en el hogar.

2.2 Estilos de afrontamiento y estrategias de adaptación

El tratamiento psicológico del paciente de cáncer tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de su familia^{72B}. Por otro lado, en todo momento la intervención psicológica ha de estar integrada con el resto de miembros sanitarios del servicio de un modo inter/multidisciplinar.

La adaptación psicosocial al cáncer es un proceso activo y continuado en el que el paciente tiene que desarrollar mecanismos propios de afrontamiento para superar el sufrimiento emocional, el estrés y los problemas específicos generados en cada uno de las distintas etapas de la enfermedad^{71A,71B}.

El grado de participación y compromiso del paciente en la tarea de superación del cáncer será lo que indique el grado de adaptación o inadaptación al mismo. Se considera proceso adaptativo normal o positivo cuando el paciente consigue reducir al mínimo las alteraciones de su vida cotidiana, controla al sufrimiento emocional y es capaz de participar activamente en todos aquellos aspectos de la vida que tienen importancia para él. Si no logra un grado de adaptación aceptable, con frecuencia se retraerá y sentirá desesperanza, ansiedad y depresión.

El estilo de afrontamiento y el nivel de ajuste o adaptación del paciente ante el cáncer va a depender⁶:

- Del grado de patología a nivel clínico.
- De los efectos de los tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia, etc.)
- Del nivel y modo de información recibida.
- Del apoyo social y recursos.
- De las competencias del paciente para hacer frente al estrés y disponibilidad de tratamiento psicológico.

El estilo de afrontamiento individual es el “esfuerzo cognitivo y conductual que

realiza el paciente para manejar situaciones con demandas específicas internas/externas consideradas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos⁷³. Está relacionado con los pensamientos propios que cada persona utiliza en el esfuerzo para adaptarse ante circunstancias comprometidas de la vida.

Diversos estilos de afrontamiento individual	
Espíritu de lucha	Positivo
Evitación	Negativo
Positivismo	Positivo
Negación	Negativo
Fatalismo	Negativo
Actitud ansiosa	Negativo
Desesperanza	Negativo
Indefensión	Negativo

Tabla 3. Diversos estilos de afrontamiento individual⁷⁴

Experiencias percibidas por diferentes profesionales del equipo multidisciplinar de oncología y corroboradas por diferentes autores han permitido observar reacciones muy distintas de los pacientes en contextos similares:

Es frecuente que descubran fortalezas interiores que les permiten superar aspectos que ellos mismos creían imposibles de controlar. Cambian el sentido de la vida al dar prioridad a sentimientos, momentos, circunstancias y otras cosas que con anterioridad no eran capaces de valorar. Espíritu de lucha de aquéllos que no se han rendido ante las adversidades. Otros adoptan una actitud pasiva, evitan y niegan los nuevos acontecimientos y se sienten incapaces de hacer frente a esta nueva situación.

Tampoco es infrecuente que algunas personas se vean dominadas por el

fatalismo y la desesperanza. Las estrategias de adaptación son las habilidades o actividades desarrolladas para la adaptación y/o superación de problemas en situaciones concretas generadas por el proceso canceroso y por su impacto emocional y/o social en la vida del paciente. Cuando una persona considera que las circunstancias de su vida superan a sus posibilidades, se desbordan sus estrategias adaptativas habituales y /o estas son insuficientes, tendrá que aumentar sus esfuerzos y transformar sus ideas, sentimientos y acciones para adaptarse al cambio de situación.

La información y el adiestramiento les ayudan a conocer y comprender su enfermedad, lo que les proporciona nuevas estrategias para hacer frente.

Las distintas fases en la evolución del proceso de enfermedad cancerosa y las respuestas psicológicas en las mismas son^{71,75}:

Fase prediagnóstico. En gran parte de los casos conlleva el primer contacto con el hospital, lo que supone una pérdida de autonomía y temor ante un medio desconocido. Se realizan pruebas diagnósticas que suelen ser dolorosas e invasivas. A esto se añade la atención recibida por los profesionales. Esta fase se caracteriza por sentimientos de incertidumbre y preocupación ante un posible diagnóstico de cáncer. Es necesario dar la información lo antes posible para aliviar la tensión a la que se ven sometidos el paciente y familia. Podemos considerar en esta etapa conductas desadaptativas, la hípervigilancia, la preocupación excesiva o la hipocondría, con posible alteración del sueño.

Fase de diagnóstico. Etapa de gran impacto emocional y mental tanto para el paciente como para la familia, con gran cantidad de pensamientos negativos. En las semanas posteriores al diagnóstico es frecuente la aparición de algunos síntomas tales como:

-Aturdimiento-negación: bloqueo mental temporal que dificulta la aceptación de una realidad incapaz de afrontar. Es importante destacar

la expresión de los sentimientos en el paciente como en la familia.

-Angustia-ansiedad: anticipación negativa de acontecimientos que todavía no han sucedido. El miedo asusta de una forma inimaginable. Ante esta situación es aconsejable para reducir el estrés que el paciente se mantenga ocupado y que el profesional favorezca la escucha activa tanto del paciente como del familiar cercano con interés.

-Hostilidad-Irritabilidad: el paciente se muestra enfadado con todos y por todo. Pueden aparecer fases de estallido con posterior enlentecimiento y normalización. Fomentar el aprendizaje de comportamientos alternativos y autocontrol.

-Miedo: mecanismo de supervivencia esencial siempre que no sea desproporcionado y/o sea el responsable de la inadaptación. Si se prolonga puede dar lugar a fobias.

-Sentimientos de culpa: el paciente necesita encontrar un culpable a quien atribuir lo que le está pasando. La culpa nunca es un sentimiento adaptativo, por lo que es imprescindible transmitir la idea de que no puede responsabilizarse a sí mismo cuando hay factores que no dependen en absoluto de él.

Según Kübler-Ross⁷⁶, después de comunicar el diagnóstico de cáncer a un paciente éste inicia un proceso que comienza por la negación. Le sigue la ira, en la que la rebelión, la rabia y el enfado es contra todo y todos. En el pacto el paciente intenta negociar con cualquiera para evitar o retrasar lo inevitable. La depresión surge ante la inmediatez de acontecimientos negativos, ante la imposibilidad de obviarlos y ante el temor a no ser capaces de superarlos. La aceptación, se produce cuando el paciente ha tenido un tiempo para madurar sus ideas, asumir el diagnóstico y puesta en marcha de estrategias de adaptación. Sin embargo, no siempre este proceso sigue el mismo orden, ni es necesario que se den todas las etapas para iniciar la adaptación^{33,76}.

Fase de tratamiento. Las alteraciones psicológicas y conductuales dependerán de la estrategia terapéutica empleada:

-La cirugía lleva consigo el temor a la anestesia, al acto quirúrgico, al dolor postoperatorio y a las posibles secuelas (alteraciones imagen corporal, alteración relaciones sociales, alteración ABVD), que supone una disminución de la autoestima. Una adecuada comunicación con los profesionales sanitarios responsables del tratamiento reducen la ansiedad y mejora la aceptación del mismo.

-Si la opción es la radioterapia, surgen temores relacionados con la maquinaria; miedos a la duración de las sesiones, a la soledad y a la inmovilización; crisis de dolor por si está mal controlado, y miedo a los efectos secundarios.

-En cuanto a la quimioterapia, terapia más popular pero al mismo tiempo más distorsionada, es cierto que tiene numerosos efectos secundarios. No obstante, en la actualidad existen recursos para mitigarlos. La administración de citostáticos puede relacionarse con procesos difíciles o dolorosos, múltiples punciones, toxicidad venosa de los fármacos, etc. La autoestima también puede verse afectada.

Diversos autores manifiestan que en general se toleran mejor psicológicamente los tratamientos empleados como primera opción curativa que aquéllos que tienen intención adyuvante. La quimioterapia de intensidad y el trasplante de médula ósea son generadores de estrés psicológico y de ansiedad.

Fase postratamiento. El paciente en esta etapa inicia su reincorporación a las actividades diarias dentro de sus posibilidades. Quedan pendientes revisiones periódicas, que aumentan el temor a posibles recaídas y mantienen al paciente en cierto estado de ansiedad. Pueden presentarse conductas

desadaptativas que cursan con importante ansiedad y depresión.

Recaídas. El paciente en este momento se enfrenta a una difícil realidad, su tumor no es curable y sufre una gran decepción. Aparecen nuevamente la incredulidad y la negación, rabia, hostilidad, ansiedad y depresión. El proceso adaptativo es más difícil que al principio y con frecuencia requieren de ayuda especializada.

Progresión de la enfermedad. Es habitual recurrir a segundas opiniones y a tratamientos alternativos. En esta fase son frecuentes los cuadros depresivos que necesitan ser tratados⁴⁸.

Fase terminal y paliativa. El paciente es consciente de lo que ocurre y de su muerte en un corto plazo de tiempo. Tiene miedo al dolor, a la soledad y a la pérdida de su dignidad. Teme lo desconocido de la muerte y aún tiene asuntos pendientes. Son frecuentes los cuadros depresivos y confusionales agudos^{48,77}.

Supervivencia. Esta etapa puede verse marcada por secuelas físicas o psicológicas derivadas tanto de la enfermedad como del tratamiento.

2.2.1 Criterios para establecer los límites entre adaptación normal y la psicopatológica

El paciente con cáncer, por sus particularidades clínicas y elevado grado de compromiso vital al que se halla sometido puede evidenciar consecuencias psicosociales del diagnóstico como temor a la muerte, estrés familiar, aislamiento social, depresión, alteración de la imagen corporal y problemas económicos; la abundancia de estos problemas y su cronicidad pueden conducir al enfermo a estados emocionales severos. De hecho, se han detectado en este tipo de pacientes, frecuentes reacciones de ansiedad y depresión junto a problemas de sueño alimentarios, sexuales, sociales,

familiares y domésticos⁷⁸.

Los criterios que marcan los límites⁷⁹ entre adaptación normal y la psicopatológica dependen de⁷³:

- La proporcionalidad de la respuesta con el factor desencadenante.
- La intensidad y la duración del episodio.
- La repercusión en la conducta del paciente.
- La funcionalidad del paciente, ya que generalmente la adaptación deficiente ante un proceso grave va acompañada de una funcionalidad deteriorada.

La mayoría de los pacientes experimentan los que se puede definir como “respuestas emocionales difíciles”, que incluyen distintos grados de ansiedad y/o depresión. Suelen ser transitorias y desaparecer una vez superada la crisis, con lo que se recupera el estado de ánimo y el funcionamiento normal, característica que define las respuestas adaptativas normales y que marca la diferencia con los trastornos mentales más graves⁴².

Determinar la prevalencia de alteraciones mentales en pacientes oncológicos es muy difícil debido a la dificultad del diagnóstico psicopatológico, ya que algunos tumores son capaces de provocar patología psiquiátrica por sí mismos o por las sustancias que vierten en el torrente circulatorio. Un estudio realizado por Derogatis⁵⁷ sobre 215 pacientes oncológicos muestra que el 53% lograba una buena adaptación al diagnóstico del cáncer, mientras que un 47% presentaba síntomas de trastorno psiquiátrico.

Como hemos visto, la ansiedad es un estado emocional caracterizado por nerviosismo y tensión desagradable acompañados de síntomas físicos y psíquicos ante un estímulo nocivo o amenazante. Se considera una reacción adaptativa cuando es proporcional y desadaptativa cuando es desproporcionada y provoca el aumento de síntomas en intensidad y tiempo.

Diagnóstico	Número de casos	Porcentaje (%)
Trastorno adaptativo activo	69	32%
Depresión mayor	13	6%
Trastorno mental orgánico	8	4%
Trastorno de personalidad	7	3%
Trastorno de ansiedad	4	2%
Nº casos patología psiquiátrica	101	47%
Nº casos no psiquiátricos	114	53%

Tabla 4. Prevalencia de trastorno psiquiátrico en pacientes oncológicos⁵⁷.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por un estado de ánimo depresivo mantenido al menos durante dos semanas, en el que hay una pérdida de interés por las cosas. La prevalencia en el paciente con cáncer oscila entre el 5% y el 10%⁶⁰.

Los trastornos del sueño afectan a la calidad de vida y generan dificultades en la capacidad de concentración y en el afrontamiento del estrés. Savard y Morrin⁸⁰ afirman que más del 50% de los pacientes oncológicos presentan problemas de sueño que van a perdurar después del tratamiento y convertirse en un problema crónico.

Dentro de los trastornos mentales orgánicos se incluye el síndrome confesional agudo o delirium, que puede tener una incidencia de hasta el 80% en estadios terminales. Consiste en la aparición brusca de episodios de alteración de la conciencia, con incapacidad para mantenerla, centrarla o dirigirla, que presentan diferente intensidad y con duración corta. Pueden verse alteradas también la orientación, la memoria y el lenguaje. Se considera una complicación grave con altas tasas de mortalidad.

Según la clasificación de enfermedades mentales DSM IV, la fobia es un miedo notable y persistente que es excesivo o poco razonable, provocado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica; el contacto o la

anticipación de la situación temida desencadena un patrón de reacciones fisiológicas, cognitivas y motoras⁸¹.

2.3 Apoyo social, comunicación y cáncer

El apoyo social percibido es un importante predictor del estado de salud y de la mortalidad, así como de la adaptación ante acontecimientos estresantes, ya que las personas que tienen peores redes sociales presentan menor frecuencia de conductas preventivas, llegan a la consulta con un nivel más avanzado de enfermedad, muestran menos adherencia al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más estresante. El apoyo familiar y de la pareja mejora la adaptación al cáncer, mientras que las críticas y la sobreprotección aumentan la ansiedad y depresión. Lo mismo ocurre en el caso de los profesionales sanitarios. Sólo un apoyo psicológico permanente por parte de amigos, familiares y el personal del hospital puede ayudar a estos pacientes a afrontar la enfermedad^{82A,82B}.

Durante el largo proceso de enfermedad se establece una relación de confianza proporcionada por todos los miembros del equipo que participan en su cuidado, así como una comunicación más informal⁷⁹. Esta información y una buena relación contribuye a crear una posición activa en el paciente y en su familia y va incrementando su crecimiento en el proceso de adaptación.

La educación sanitaria del paciente, según Grahn⁷⁹, es un proceso que tiene lugar a lo largo de un periodo de tiempo que permite al individuo participar de forma activa en su asistencia sanitaria. Es un aprendizaje dinámico en el que se establece una interacción entre paciente y cuidadores que capacita al primero para colaborar en la toma de decisiones y participar activamente en sus cuidados. En cuanto a la educación del paciente con cáncer y de su familia, se entiende que es un proceso interactivo y dinámico dirigido al crecimiento y cambio en la forma de pensar, sentir o actuar de una persona. El reto pendiente en las unidades de oncología sigue siendo incluir el proceso de

enseñanza y aprendizaje, basado en experiencias educativas organizadas para satisfacer las necesidades de los clientes, para emprender nuevas formas de actuación terapéutica que contribuirán a restar sufrimiento y a mejorar el control sobre la enfermedad.

A partir del programa vigente en EEUU “I can cope” (“Puedo afrontarlo”), nace en Europa en 1987 el proyecto de investigación “Aprender a vivir con cáncer”, programa de formación y apoyo dirigido a los pacientes con cáncer y a sus familiares, estructurado y coordinado por la enfermera Gertrud Grahn en la Universidad de Lund (Suecia). Como consecuencia de los buenos resultados obtenidos, en 1992 la Sociedad Europea de Enfermería Oncológica (EONS) inicia la formación de profesionales de enfermería acreditados para dirigir cursos de formación en diversos países del ámbito europeo. Lo mismo ocurre con la Sociedad Española de Enfermería oncológica (SEEO) que inicia en España en 1997-1998, un programa educativo dirigido a pacientes y familiares, curso orientado a conseguir cuatro objetivos: reducir la ansiedad y miedo, conocer y comprender la enfermedad, desarrollar estrategias de afrontamiento y adquirir habilidades de adaptación.

Las habilidades de comunicación son el pilar básico en el cuidado integral y de calidad en el contexto oncológico. Gran parte de los resultados de la atención sanitaria en cuanto a la salud y calidad de vida dependen del proceso informativo. Supone una transacción entre el profesional y el paciente que se basa en la confianza, veracidad y respeto¹⁷. La atención médica tradicional se basaba en el paternalismo y la directividad, partiendo de que el único conocimiento que importaba es el del propio médico. En la actualidad esa aproximación se ha sustituido por otra en la que se fomenta la participación activa y la autonomía, que tiene en cuenta las expectativas, percepciones, conocimientos previos y necesidades de los pacientes y de los familiares. Se reconoce que la información se debe adaptar a las necesidades del paciente y familiares³².

La comunicación es un proceso por el cual una persona transmite a otros

pensamientos, sentimientos e ideas; sin embargo, existen situaciones donde la misma se obstaculiza o bien no logra los objetivos esperados, y la razón es por que en él subyacen la interrelación de una serie de elementos y factores intervinientes que han llevado a pensar que la comunicación es un arte que debe desarrollarse. Así lo planteo Ribeiro⁸³ quien señala que “la comunicación es un arte y una ciencia. Los últimos descubrimientos de la neurolingüística ponen en nuestras manos unas técnicas que pueden hacer de cualquier persona un buen comunicador”. En este contexto siendo la enfermería una profesión cuya función es ayudar al individuo enfermo o sano con el fin de restablecer y/o mantener su bienestar, la comunicación se convierte en una herramienta esencial, un proceso de intercambio de ideas entre individuos. Es el pilar fundamental de las actividades de enfermería porque permite la continuidad de la atención y a la vez establecer relaciones interpersonales que influyen en la recuperación al procurar el bienestar del mismo e identificar las necesidades del enfermo. En este sentido, el profesional de enfermería precisa poner en práctica habilidades y destrezas, con la finalidad de disminuir tensiones, tranquilizar al enfermo y hacerle sentir que se encuentra seguro en el lugar donde se lo proporciona atención humana y cuidados. Phaaneuf^{84A} afirma, que una de las competencias fundamentales del profesional de enfermería es el de establecer una relación enfermero-cliente, y ello se logra a través de la comunicación terapéutica, la cual define como la “...que permite establecer lazos significativos entre enfermeras y paciente. En ella se manifiesta la aceptación, el respeto cálido y la comprensión empática que ayudan al cliente cuando se enfrenta a una dificultad especial”. Tal como afirma el autor, es imprescindible que el profesional de enfermería fundamente el cuidado al enfermo en una comunicación positiva y clara, con la finalidad de establecer vínculos que faciliten la misma y que el paciente entienda lo que se dice. En efecto, muchos enfermos señalan su satisfacción en relación a la simpatía mostrada por el profesional y a la comprensión que manifieste a sus expectativas y la habilidad para mostrar interés por sus necesidades e inquietudes, consideraciones significativas para los mismos cuando le proporcionan los cuidados. En base a lo descrito, el profesional de enfermería debe esforzarse por comunicarse, hablar y prestar atención en todo momento,

ya que la necesidad de afecto es básica, aunque en ocasiones puede verse ante situaciones que no puede controlar al comunicarse con las personas^{84B}. Cuando trabajamos con personas enfermas de cáncer, la habilidad de dar malas noticias de forma eficaz no solo implica informar claramente, sino también facilitar el apoyo emocional, responder a las reacciones del paciente y familia, controlar los miedos, participar en la toma de decisiones de grupo y mantener el sentimiento de esperanza. No es tarea fácil, la investigación actual sobre la comunicación en oncología revela que: a) la experiencia es un mal maestro, el mero paso del tiempo no lo hace a uno más competente; b) el conocimiento teórico de las habilidades necesarias no implica una buena actuación práctica; c) informar adecuadamente es una capacidad o competencia inherente a la personalidad de algunos profesionales que no está presente en otros y d) tampoco depende de la “buena voluntad” o de estar motivado para ello.

Las competencias de comunicación son habilidades clínicas básicas, que han de ser enseñadas, entrenadas y practicadas porque son *lex artis* de la sanidad. En concreto, para aprender estas habilidades es necesario: a) conocer cuáles son las habilidades comunicativas; b) el aprendizaje observacional de las habilidades en interacciones de clínicos con pacientes, c) la práctica con casos simulados y reales; d) feedback descriptivo, detallado y positivo de las actuaciones correctas o incorrectas y e) reiteración y ensayo planificado.

El proceso de información al paciente con cáncer y su familia requiere responder específicamente a las siguientes preguntas para organizar la comunicación^{74A,74B}:

-¿Qué se debe informar? Se debe dar información de los hechos objetivos y los estados subjetivos, emociones e implicaciones sociales asociadas al proceso médico. Todo ello según preferencias de cada persona.

-¿A quién se debe informar? Al paciente y sus familiares conjuntamente, siempre que el paciente lo autorice.

-¿Quién debe informar? La información debe estar impartida por el especialista del área en cuestión: médico, enfermero/a, psicólogo y trabajador social.

-¿Cuándo se ha de informar? La información ha de ser secuencial así como específica y concreta a la situación en que se encuentre y lo más inmediato posible.

-¿Cómo se ha de informar? Según el siguiente protocolo:

- a) Encuadre: en el lugar y el espacio temporal apropiado.
- b) Percepción del paciente: antes de hablar descubrir lo que el paciente percibe, sabe de su situación o quiere saber.
- c) Ajustarse a las preferencias y necesidades informativas del paciente. Hay que respetar la autonomía del paciente, su derecho a conocer o rechazar la información.
- d) Transmitir información: preparar al paciente, categorizar, ser breve y preciso, dar un mensaje cada vez, y poner énfasis en lo fundamental. Después escuchar. Asegurarse de la comprensión, evaluar preocupaciones y asesorar.
- e) Explorar, validar y empatizar con la expresión emocional del paciente.
- f) Asesorar y resumir.

Como profesionales se debe acabar la sesión con emociones positivas o con expresiones de alivio o consuelo y asegurar nuestro apoyo.

Por tanto, en el trabajo de enfermería, el arte de cuidar es, ante todo, un proceso de relación donde el cuidar, la comunicación; se convierte en el instrumento fundamental y por ello es responsabilidad del profesional de enfermería conocer las habilidades comunicacionales que existen a su alcance para que la relación asistencial sea lo más fluida y fructífera posible, pues la comunicación siempre existe. Es esencial ser consecuente, dar apoyo y proporcionar seguridad.

2.4 Intervención de psicoterapia de apoyo (IPA) en pacientes con cáncer

El tratamiento integral del paciente con cáncer hace necesario un acercamiento interdisciplinar que incluye los aspectos psicológicos y sociales. La atención psicológica ha de estar disponible en la prevención, el proceso diagnóstico, los tratamientos, la rehabilitación y el seguimiento de los pacientes^{85A, 85B}.

Con este trabajo de investigación queremos demostrar la importancia de la intervención de psicoterapia de apoyo (IPA) en las fases iniciales de tratamiento con quimioterapia a la que se someten diariamente miles de pacientes. Dicha intervención es realizada por el personal de enfermería siguiendo las directrices de psicooncólogos.

Uno de los objetivos que busca cumplir la intervención psicológica es enseñar a los pacientes con cáncer a afrontar reacciones emocionales desadaptativas como es la ansiedad, tristeza, hostilidad, miedo, culpa o negación, mediante técnicas de IPA como el counselling y la psicoeducación, que describimos posteriormente en este apartado.

Los pasos recomendados en la intervención de psicoterapia de apoyo para preparación de pacientes que van a iniciar el tratamiento de quimioterapia son los siguientes^{86,87}:

- Acogida del equipo multidisciplinar: médico, enfermería, psicólogo, etc.

- Información del procedimiento de quimioterapia, en qué consiste, qué tipo de fármacos, se aplican, cuáles son las razones de ello, los efectos beneficiosos que tiene, la duración del tratamiento y los horarios en que se aplicará. También, los problemas o desafíos que suscita la quimioterapia y los procedimientos médicos para superarlos o paliarlos, en caso de que se presenten. Los más significativos dependiendo del protocolo de que se trate son:

- i. Alteraciones digestivas, como náuseas y vómitos, que para controlarlos se pueden emplear antieméticos. Se recomienda una dieta adecuada, no ingerir comidas grasientas y/o picantes, distribuir la ingesta diaria en varias tomas de pequeñas cantidades y descansar después de las comidas.
- ii. Caída del cabello, alopecia, que en la mayor parte de los casos es temporal y se recupera, aunque no siempre.
- iii. Fotosensibilidad, por lo que se recomienda la no exposición solar.
- iv. Astenia, a veces producida por anemia, que a veces requiere de medicación específica.
- v. Déficit inmunológico, por lo que se deben prevenir posibles infecciones.
- vi. Mucositis, llagas en tubo digestivo, por lo que se recomienda ingerir la comida en trozos pequeños, blanda, y tomar enjuagues.
- vii. Xerostomía, sensación subjetiva de sequedad de la boca,

que podemos tratar con fármacos, estímulos locales y sustitutos salivales.

- viii. Menopausia adelantada (que puede no ser reversible) y pérdida de la libido temporal. Debe consultar con el personal médico.

Las habilidades para el afrontamiento psicológico de la quimioterapia son las siguientes⁵⁰:

-La relajación progresiva y la respiración diafragmática. Se ha de explicar como la relajación disminuye la ansiedad y la actividad simpática, facilita el descanso, ayuda a conciliar el sueño, desvía la atención de los aspectos negativos de la quimioterapia y es una estrategia de afrontamiento ante el estrés.

-Planificar la actividad, pues la quimioterapia puede producir astenia. Es necesario descansar y no realizar actividades que impliquen esfuerzo tras las sesiones de quimioterapia, delegar responsabilidades, buscar ayudas para realizar tareas y priorizar dichas tareas. Es importante mantener un nivel mínimo de ejercicio físico para prevenir el estado de fatiga crónica.

-Estrategias específicas para los síntomas. En el caso de la alopecia, es importante informar antes de la quimioterapia lo que se prevé y las posibles opciones. Uso de pelucas, gorros o pañuelos. No uso de tintes y no tatuar las cejas. Se trata de conseguir que el paciente acepte el cambio, su habituación y potenciar la sensación de control. Además, se ha estimular la discusión con los familiares como ayuda adicional.

El paciente con cáncer en muchas ocasiones ha de llevar a cabo pruebas que resultan molestas: endoscopias, punciones lumbares, resonancia magnética, entre otras. Además, el trato de diferentes profesionales, salas de espera frías, etc. En la mayor parte de los casos las personas adultas no tienen grandes problemas en adaptarse. No obstante, algunos pacientes tienen un

nivel muy alto de miedo y ansiedad. En estos casos se pueden aplicar técnicas de psicoterapia de apoyo.

La ***psicoeducación*** consiste en informar del procedimiento y de las sensaciones. Es necesario ser informados tanto del procedimiento como de las sensaciones y estrategias básicas que se han de seguir durante el procedimiento⁸⁸. La información del procedimiento, por ejemplo en el caso de la venoclisis en un ciclo de quimioterapia es la siguiente: se le pide al paciente que se siente en el sillón, le contamos lo que vamos a hacer, la importancia de canalizar un acceso periférico o central para administrar los citostáticos y el material que vamos a utilizar. La técnica no dura más de 90 segundos y no precisa de anestésico local, aunque en algunos casos se podría utilizar. Informamos que la canalización de la vía periférica se realiza en miembros superiores y siempre de distal a proximal. El paciente puede notar una ligera molestia en la zona de punción pero es transitorio pues retiramos la aguja del catéter y tan solo queda un vial de plástico a partir del cual discurre la quimioterapia al torrente sanguíneo. Si la molestia es continuada, nota picor o enrojecimiento de la zona debe comunicarlo por el riesgo de extravasación. En el momento de punción, ya sea acceso periférico o central, informamos al paciente que realice una inspiración profunda que utilizamos como técnica de distracción. Al finalizar la técnica fijamos el catéter y cubrimos la vía si es preciso para evitar mareos.

Tras la información y la aclaración de dudas sobre el tratamiento se explica cómo un entrenamiento en habilidades de afrontamiento del estrés y la práctica en situaciones imaginarias y simuladas puede servir para afrontar esta situación. Dichas estrategias de afrontamiento que se pueden entrenar son^{89,90}:

- Respiración controlada.
- Relajación progresiva.
- Técnicas cognitivas de control de la atención como la reinterpretación positiva de las sensaciones, imaginación de escenas agradables o distracción con tareas mentales.

-Control auto-instruccional, diálogo interno (lo que el paciente se dice a sí mismo) que puede generar conductas de afrontamiento positivas o por el contrario negativas. Es importante detectar las auto-instrucciones negativas y ayudar al paciente a sustituirlas por las positivas⁹¹.

El **counselling** o consejo psicológico es un procedimiento esencial para la atención adecuada al paciente con cáncer y sus familiares. El counselling es una alianza entre profesional y el paciente, en el que se evalúan las necesidades, preocupaciones y recursos de los pacientes; se delibera por medio de preguntas abiertas y focalizadas para identificar los problemas, decidir y poner en marcha las estrategias más adecuadas para afrontarlos, de acuerdo con los valores e intereses del propio paciente³⁴. Se trata de que éste identifique sus propios recursos, personales y sociales, y los active para manejar las situaciones adversas y promover su bienestar^{34,49}. Los principios del counselling son los siguientes:

- a) Explorar (preguntar antes de hablar).
- b) Emplear la escucha activa (confirmación de lo escuchado, paráfrasis, etc.).
- c) Validar, hacer sentir a la persona que su emoción es normal y comprensible.
- d) Empatizar.
- e) Dar mensajes “yo”, que facilitan la comunicación, y evitar mensajes “tú”, que critican y juzgan.
- f) Utilizar la comunicación no verbal junto con la verbal.

Los pasos del counselling son los siguientes:

- a) Percepción y acogida. Facilitar la expresión emocional, preguntar, escuchar, validar y empatizar.
- b) Identificar necesidades y situaciones que suscitan preocupación y temor, ya sean necesidades informativas, físicas, emocionales o espirituales.
- c) Proporcionar información. Identificar lo que el paciente sabe, quiere saber y lo que ha entendido en torno a lo que le preocupa.

- d) Ordenar los problemas identificados, analizarlos y establecer diagnósticos y objetivos según los intereses de los pacientes.
- e) Identificar recursos y capacidades personales, sociales y materiales que dispone el paciente.
- f) Asesorar sobre la aceptación de los problemas, estimular la motivación y los métodos de cambio con los recursos y capacidades disponibles por la propia persona, y otros que podemos enseñar.
- g) Tomar decisiones, valorar pros y contras de acuerdo con los valores y recursos del paciente y así poder decidir el tratamiento.
- h) Instruir y reforzar la puesta en marcha de las acciones.
- i) Resumir y planificar el futuro.

La ***imaginación guiada*** consiste en la creación consciente, voluntaria, de representaciones mentales de objetos, lugares, personas, situaciones o a sí mismo con el objeto de producir cambios saludables con la ayuda de un profesional⁹². También se le denomina visualización. Se aplica al cáncer para relajarse mediante la recreación de escenas de calma y bienestar, reducir el miedo, lograr sentido de control, ser capaz de enfrentarse al cáncer, controlar la ansiedad, aumentar la confianza ante los tratamientos de cirugía, quimioterapia y radioterapia, y estimular nuevas conductas de afrontamiento⁹³.

El entrenamiento se suele iniciar con la relajación, y a continuación se sugieren las imágenes con las siguientes características: ser vívidas, que impliquen todos los sentidos, con detalles, movimiento, profundidad, contrastes, e incluyendo las emociones apropiadas. Se suelen añadir metáforas.

Un ejemplo de imaginación guiada para reducir el miedo al cáncer es hacer al paciente visualizar las células del cáncer como débiles y desorganizadas, mientras el tratamiento es fuerte y poderoso. Se pueden utilizar frases tales como: mis tratamientos son mis aliados, lo que hacen es solo para curar...

Otras técnicas que se pueden utilizar son:

-Técnicas de desactivación⁹⁴⁻⁹⁷: estrategias que pueden ser utilizadas tanto para la preparación de los pacientes para los tratamientos médicos como para el afrontamiento de estrés cotidiano y los acontecimientos traumáticos que pueden asociarse al cáncer. Es esencial para disminuir la tensión muscular, disminuir la actividad simpática, disminuir el dolor y molestias que supone la tensión, lograr un estado de tranquilidad, eliminar la tensión subjetiva, conciliar el sueño y descanso, centrarse en las sensaciones corporales del momento y desviar la atención de preocupaciones y situaciones estresantes. Los métodos de relajación más usuales son la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva, la meditación, hipnosis y yoga, siendo las dos primeras las más frecuentes.

La relajación mediante la respiración es fácil de aprender y se puede practicar. Es una habilidad que requiere prácticas de dos o tres veces diarias (15-20 minutos) para conseguir los resultados deseados.

Un ejemplo de técnica de respiración diafragmática sería:

-Objetivo: Conseguir que el aire inspirado se dirija a la parte inferior de los pulmones.

-Descripción: Colocar una mano sobre el vientre por debajo del ombligo y la otra sobre el estómago. En cada inspiración, se ha de intentar dirigir el aire a llenar la parte inferior de los pulmones, lo que debe hacer que se mueva la mano colocada sobre el vientre, pero no la colocada sobre el estómago, ni el pecho.

-Expresión emocional y escritura expresiva: la expresión de los sentimientos proporciona alivio del malestar, permite identificar emociones y facilita recibir ayuda de parientes y profesionales. Verbalizar las experiencias adversas, las preocupaciones y los sucesos traumáticos es importante por las siguientes razones ya que permite: el procesamiento y la organización cognitiva de los sucesos estresantes o traumáticos, distinguir elementos que son neutros o positivos de los que son negativos, diferenciar que no es lo mismo hablar de los sucesos traumáticos que sufrirlos y afrontar y dominar pensamientos y temores.

La escritura expresiva es un procedimiento sencillo que consiste en escribir algo que le preocupa, que está afectado a su vida, que ha estado evitando o temiendo, o acerca de lo que sueña o tiene pesadillas. Esta técnica facilita decir las cosas con mayor sinceridad.

-Terapia de aceptación y compromiso (ACT): en la terapia se enseña a la persona que acepte aquellos aspectos de su experiencia que ha estado intentando modificar sin éxito, ya sea la realidad de su diagnóstico, su temor a la recidiva, el temor a la muerte o sus sensaciones de ansiedad^{98,99}. Al mismo tiempo, se trata de que la persona desarrolle las actividades que son valiosas para ella (relaciones de pareja, sociales, ocio o de trabajo) y que, aunque tenga ansiedad, tristeza, sentimientos de culpa, continúen sus metas y no se vea paralizada.

La evitación consiste en la necesidad de controlar y/o evitar la presencia de pensamientos, recuerdos, sentimientos y emociones que generan malestar. Sin embargo, esta evitación a la larga produce un mayor sufrimiento¹⁰⁰. En un primer momento se trata de generar la experiencia de la desesperanza creativa. Consiste en hacer que la persona se dé cuenta de que las estrategias evitativas que utiliza no solo no reducen su malestar, sino que lo mantienen, lo agravan y lo extienden a otras áreas personales. Se enseña que el intento de control es el problema.

La aceptación consiste en reconocer el miedo, asumir la presencia del riesgo, vivir el aquí y ahora y dirigirse a las metas deseadas. Se ha de enseñar a observar y tomar distancia de uno mismo con respecto a los pensamientos y emociones que se suscitan.

PARTE II. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PARTE II. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Capítulo 3: Material y métodos

3.1 Hipótesis

La actuación protocolizada de enfermería, entrenada y supervisada por especialista/s en Psicooncología, para la aplicación de una intervención de psicoterapia de apoyo (IPA) podría tener impacto sobre la sintomatología ansiosa de los pacientes oncológicos en Unidades de Hospital de Día sometidos a tratamiento quimioterápico. Dicho impacto podría manifestarse en una reducción del nivel de ansiedad en cada uno de los ciclos de quimioterapia respecto el nivel basal antes de empezar dicho ciclo. Asimismo, la sucesión de intervenciones tendría un efecto condicionante que reduciría la ansiedad del paciente durante el proceso global de tratamiento en mayor medida que la mera adquisición de experiencia.

La aplicación de la IPA es, como muchos de los recursos sanitarios, limitada por lo que la optimización de la eficiencia con la que se aplica puede contribuir a la mejoría de los resultados. Se plantea entonces, analizar diferentes variables clínico-socio-demográficas de los pacientes sometidos a tratamiento de quimioterapia que pudiesen permitir identificar a aquellos pacientes “respondedores”, es decir, aquellos en los que la IPA consigue reducir en mayor medida su nivel de ansiedad a lo largo de los ciclos de tratamiento.

3.2 Objetivos

El presente trabajo de investigación cuenta con un objetivo principal y cuatro objetivos secundarios.

Objetivo principal

Demostrar que la intervención de psicoterapia de apoyo (IPA) realizada por

enfermería (formada y tutelada por un especialista en Psicooncología) es eficaz en el control de la ansiedad a lo largo del tratamiento en los pacientes sometidos a quimioterapia en la Unidad de Hospital de Día.

Objetivos secundarios

- Describir el nivel de ansiedad basal en nuestra población de pacientes al inicio del tratamiento.
- Describir la relación de la ansiedad basal pretratamiento con diferentes variables clínico-demográficas.
- Describir el papel de diferentes variable clínico-demográficas en la evolución de la ansiedad en el paciente oncológico a lo largo del tratamiento de quimioterapia.
- Elaborar un método de selección de pacientes respondedores a la intervención de psicoterapia de apoyo en base a variables clínico-demográficas preintervención para optimizar los resultados de aplicación de la misma.

3.3 Descripción de la muestra

El universo al que pertenece la muestra de sujetos que han participado en la investigación está compuesta por personas pertenecientes a la población general, de ambos sexos, mayores de 18 años de diferentes nacionalidades y residentes en la provincia de Valencia.

La muestra a partir de la cual se realizaron los análisis estuvo compuesta por 150 sujetos diagnosticados de una enfermedad onco-hematológica, sometidos a tratamiento con quimioterapia y atendidos en la Unidad de Hospital de Día del Hospital de Manises de la C. Valenciana.

Los 150 pacientes fueron distribuidos en dos grupos:

- Grupo intervención (IPA): 75 pacientes de ambos sexos que padecían una enfermedad onco-hematológica y en los que se aplicó una intervención de psicoterapia de apoyo (IPA) por parte de enfermería durante la administración de quimioterapia en cada uno de los ciclos de tratamiento.

- Grupo control: 75 pacientes de ambos sexos que padecían una enfermedad onco-hematológica en los que no se aplicó ninguna intervención de psicoterapia específica previa a la administración de tratamiento con quimioterapia.

En la inclusión de pacientes en el estudio se mantuvo la paridad de sexos en cada uno de los grupos de estudio a fin de evitar la introducción de sesgos.

La asignación de los pacientes a cada uno de los dos grupos se realizó en base a una tabla aleatoria preestablecida incluida en la Parte V. Anexo 1. Tabla de registro randomizado.

3.4 Selección de la muestra

La inclusión de pacientes fue realizada de forma consecutiva a lo largo del periodo de junio de 2010 a febrero de 2011. Fueron seleccionados en base a los criterios de inclusión y exclusión que se especifican a continuación:

Criterios de inclusión

- Sujetos mayores de 18 años.
- Sujetos diagnosticados de una enfermedad onco-hematológica.
- Sujetos sometidos a tratamiento con quimioterapia en nuestra Unidad de Hospital de Día.

Criterios de exclusión

- No consentimiento de participación voluntaria en el estudio.
- Sujetos sin plenas facultades psíquicas.
- Sujetos con antecedentes/diagnóstico previo de trastorno de ansiedad.
- Sujetos ya en tratamiento con ansiolíticos y/o antidepresivos.
- Sujetos con una puntuación en la escala STAI superior a 30 puntos aplicada previamente a la inclusión de los sujetos en los grupos de estudio.
- Cualquier deficiencia en completar el periodo de estudio a lo largo de 4 ciclos de quimioterapia consecutivos o de seguimiento del protocolo de estudio.
- Carencia de los criterios de inclusión descritos anteriormente.
- No se consideraron como excluidos aquellos pacientes fallecidos posteriormente al tercer ciclo de quimioterapia.

3.5 Descripción de los instrumentos

Escala de Ansiedad STAI

La escala de ansiedad STAI permite definir/identificar diferentes manifestaciones del estado ansioso de las cuales, los autores de la escala¹⁰¹, ofrecen las siguientes definiciones:

Ansiedad de Estado. Estado caracterizado por sentimientos de aprensión, incertidumbre, tensión, preocupación que experimenta una persona delante de una situación determinada por la anticipación de una amenaza real o imaginaria.

Angustia. Delante de una situación concreta una persona puede expresar una reacción de ansiedad durante un período de tiempo acompañado de cambios conductuales y fisiológicos.

Ansiedad como rasgo. Diferencias individuales relativamente estables que muestran las personas respecto a la propensión a la tendencia a padecer estados de ansiedad. La ansiedad de rasgo suele tener puntuaciones más altas en el test que en la ansiedad de estado.

Se trata de una escala autoadministrada compuesta por 40 ítems de respuesta cerrada, rápida. Cada ítem se contesta puntuando de 0-3 según el grado (0 = nada/casi nunca, 1 = algo/a veces, 2 = bastante/a menudo, 3 = mucho/casi siempre). Los primeros 20 hacen referencia a la ansiedad como estado (¿cómo se siente usted ahora mismo?). Los siguientes 20 ítems hacen referencia a la ansiedad de rasgo de personalidad (¿cómo se siente usted en general?). El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. El punto de corte en el STAI-Estado (percentil 75) es de 31 para la población femenina y de 28 para la masculina.

En la Parte V. Anexo 3. se incluye la escala STAI-Estado utilizada.

Escala de Ansiedad de Hamilton (HAS)¹⁰²

Escala que se puede ser utilizada tanto para la población general como hospitalizada. A pesar del amplio abanico de escalas propuestas¹⁰³⁻¹⁰⁵ para la valoración del estado de ansiedad en los pacientes con patología onco-hematológica, para el presente estudio, se prefirió la escala HAS para evitar posibles resultados confusos o erróneos fruto de una mala comprensión de la misma, al presentar una parte de la población del medio en el que se aplicó un nivel sociocultural medio-bajo, con casos de analfabetismo. Así, se trata de una encuesta cerrada, breve, de respuesta rápida, directa y heteroadministrada, donde el entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13), siendo conveniente distinguir entre ambas puntuaciones a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte por lo que una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

En cuanto a las instrucciones para el profesional que la utilice, este debe

seleccionar para cada ítem la puntuación que corresponda, según la experiencia. Las definiciones que siguen a cada enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía y que pueden ser expresados al paciente a fin de mejorar la comprensión de la pregunta. En el casillero se procederá a marcar la cifra de 0 a 4 puntos que mejor defina mejor el grado de intensidad/frecuencia de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

En la Parte V. Anexo 4. se incluye la escala HAS utilizada.

3.6 Protocolo de estudio

Las fases que fueron llevadas a cabo para la preparación del paciente al tratamiento de quimioterapia y para realizar nuestro estudio son análogas a las descritas en Parte I. Capítulo 2. 2.4 Intervención de psicoterapia de apoyo (IPA) en pacientes con cáncer (página 54), siguiendo el siguiente esquema:

- Acogida por el equipo médico, enfermería, personal sanitario y psicóloga.
- Recepción de pacientes en la Unidad de Hospital de Día.
- Comprobación de antecedentes de ansiedad y tratamiento farmacológico previo con ansiolíticos y/o antidepresivos.
- Aplicación de la escala STAI e inclusión de aquellos sujetos por debajo del punto de corte establecido (30 puntos).
- Comprobación del cumplimiento de criterios de selección.
- Información al paciente de los objetivos del estudio, métodos y frecuencia de los registros.
- Obtención consentimiento informado.

- Asignación aleatorizada de los sujetos.

- Recogida de datos socio-demográficos y clínicos en ficha (ver Parte V. Anexo 2. Hoja de registro).

- Aplicación escala HAS a todos los pacientes incluidos tanto en el grupo intervención como en el grupo control.

- Intervención de psicoterapia de apoyo según grupo de estudio:

Previamente al inicio del estudio, la enfermera responsable de aplicar la IPA recibió un periodo de formación por personal especializado en Psicooncología del centro en las técnicas específicas aplicadas, siendo asimismo supervisada la aplicación de las mismas durante el periodo de estudio. Las técnicas de IPA específicamente aplicadas fueron:

Grupo intervención (IPA): Además apoyo emocional así como la pertinente información en relación al funcionamiento de la Unidad y los procedimientos a realizar (como se describe anteriormente) se llevó a cabo la aplicación de una intervención de psicoterapia de apoyo por personal de enfermería basada en la realización de diferentes técnicas de psicoterapia:

- Counselling: con el objetivo de evaluar carencias, preocupaciones y recursos con los que contaba el paciente para poder reforzar estrategias de afrontamiento positivas así como determinar las necesidades de aplicación de otras terapias como:

- Imaginación guiada: especialmente aplicada en aquellos pacientes con falta de esperanza/fe en la resolución de la enfermedad, aplicándola tras una fase previa de relajación progresiva donde se trataba de conseguir la visualización de su vida habitual libre de enfermedad.

- Técnicas de desactivación: particularmente utilizada en pacientes con un nivel de nerviosismo/tensión elevada. Se

aplicaron procedimientos de relajación muscular progresiva junto a respiración diafragmática.

- Expresión emocional: aplicada en aquellos pacientes con embotamiento emocional, incapaces de verbalizar sus miedos y preocupaciones. Una de las técnicas aplicadas fue la escritura expresiva. Se le ofrecía a los pacientes unos cuadernillos para poder escribir sus pensamientos que no eran capaces de transmitir mediante la palabra, siendo reevaluados en cada ciclo.
- Terapia de aceptación y compromiso: se utilizó fundamentalmente en las primeras fases de tratamiento para contrarrestar afrontamientos de negación/evitación, impulsando al paciente a la integración de la enfermedad en su vida cotidiana, en la medida de lo posible; enseñándoles a vivir el “aquí y el ahora”.

Grupo control: Se aplicó apoyo emocional a demanda así como la pertinente información en relación al funcionamiento de la Unidad y los procedimientos a realizar, pero en ningún caso se aplicaron técnicas de psicoterapia de apoyo.

- Inicio del tratamiento quimioterápico.
- Repetición de la aplicación de la escala HAS y la intervención de psicoterapia de apoyo (según grupo de estudio) en los sucesivos ciclos de tratamiento de quimioterapia previamente a la administración de la misma.

Dado que los efectos inmediatos posteriores a la administración de la quimioterapia pueden presentar variabilidad entre los diferentes ciclos de tratamiento (dificultad para la venoclisis, eventos adversos, extravasación...) y podrían condicionar la puntuación de la escala HAS aplicada inmediatamente tras el mismo, obtuvieron puntuaciones post-quimioterapia por lo que no se realizó análisis de puntuaciones pre y post-quimioterapia en cada uno de los ciclo de estudio. Se consideró, por lo tanto, la determinación pre-quimioterapia

de la puntuación HAS un parámetro más estable que permitiese ponderar la evolución del grado de ansiedad a lo largo del tratamiento y el impacto de las repetidas intervenciones de psicoterapia en el mismo.

Para ambos grupos, en nuestra unidad se utilizó la técnica de musicoterapia⁹⁵ para conseguir un ambiente más tranquilo y relajado. Sin embargo, no se realizaron análisis secundarios sobre la efectividad de dicha técnica en nuestros pacientes al ser aplicada homogéneamente en ambos grupos de estudio.

El seguimiento/intervención se realizó durante cuatro ciclos de quimioterapia consecutivos de los pacientes sometidos a estudio en base al protocolo previamente referido.

3.7 Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó utilizando el Pack Estadístico de Estudios Sociológicos 21.0 (SPSS®, IBM® Statistics, IBM®, NY, USA). Asimismo, se utilizaron herramientas de apoyo para elaboración de gráficas y tablas por medio de Microsoft® Office Excel® 2007 (Microsoft® corporation, WA, USA). El análisis estadístico fue llevado a cabo de forma secuencial y retrospectiva como se describe en los apartados a continuación:

Recogida, tratamiento inicial de datos y asignación de variables

Los datos demográficos, clínicos y puntuación de la HAS fueron recogidos al inicio y durante todo el tratamiento ambulatorio, según el protocolo descrito con anterioridad. Para ello, fue empleada una Hoja de Registro funcionando como plantilla para cada uno de los pacientes, de donde los datos fueron posteriormente recuperados para su análisis (ver Parte V. Anexo 2. Hoja de registro). Las variables consideradas, su naturaleza y definición son descritas a continuación. Entre la naturaleza de las variables, se consideraron las

siguientes categorías:

- Variables de referencia: con datos identificativos del paciente, exclusivos de cada uno de los individuos y que cumplen la doble misión de permitir su identificación a la vez que permiten la recuperación de información de las diferentes registros hospitalarios disponibles en formato papel o informatizado. Estas variables se consideran confidenciales, pudiendo disponer de las mismas exclusivamente el autor y directores del trabajo, no haciéndose explícitas en ningún apartado ni incluyéndose en el análisis estadístico.

- Variables cuantitativas: variables numéricas continuas, sometidas en el análisis a los métodos de contraste de hipótesis adecuados según su naturaleza. Son expresadas como media \pm desviación estándar. Algunas variables fueron ajustadas considerándose cuantitativas sin contemplarse los valores intermedios entre unidades enteras (ej. *Edad*, *puntuación HAS*). Aquellas en las que se aplicó redondeo se llevo a cabo a la centésima, por defecto para valor menor o igual a 0,004 y por exceso para valores mayores o iguales a 0,005. (ej. por defecto: edad 43,274 pasa a 43,27; ej. por exceso: edad 70,577 pasa 70,58).

- Variables cualitativas: variables categóricas o numéricas discretas, sometidas en el análisis a los métodos de contraste de hipótesis adecuados según su naturaleza. Son expresadas como frecuencias o proporción dentro de la serie global y/o del subgrupo particular. Algunas de las variables con naturaleza cuantitativa fueron incluidas en el análisis como variables cualitativas definiendo un punto de corte.

VARIABLE	NATURALEZA	DEFINICIÓN
NHC	Referencia	Número de historia clínica en nuestro centro de trabajo.
NOMBRE	Referencia	Nombre y dos apellidos del paciente.
SEXO	Cualitativa	Masculino: H o femenino: M
EDAD	Cuantitativa	Edad del paciente en años enteros en el momento del tratamiento.
DIAGNÓSTICO	Cualitativa	Enfermedad onco-hematológica motivo de tratamiento quimioterápico.
ESTADO CIVIL	Cualitativa	Estado civil en el momento de tratamiento siendo: 1) Casado, 2) Divorciado, 3) En pareja, 4) Separado, 5) Viudo).
NIVEL SOCIOCULTURAL	Cualitativa	Nivel sociocultural al inicio tratamiento, siendo: 1) Nivel bajo (educación primaria no completa), 2) Nivel medio-bajo (educación primaria completa), 3) Nivel medio-alto (educación secundaria completa) y 4) Nivel alto (estudios universitarios). A su vez se estableció una segunda clasificación siendo Alto (Nivel 3 y 4) y Bajo (Nivel 1 y 2).
Nº HIJOS	Cualitativa	Tenencia (Sí) o no (No) de hijos al inicio del tratamiento
	Cuantitativa	Número de hijos de 0 a 6 al inicio de tratamiento.
ESTADO DE ÁNIMO ANSIOSO	Cuantitativa	Puntuación en la escala de ansiedad de Hamilton para la pregunta 1: Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad, etc.
TENSIÓN	Cuantitativa	Puntuación en la escala de ansiedad de Hamilton para la pregunta 2: sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.
MIEDOS	Cuantitativa	Puntuación en la escala de ansiedad de Hamilton para la pregunta 3: miedo a la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.
INSOMNIO	Cuantitativa	Puntuación en la escala de ansiedad de Hamilton para la pregunta 4: dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.
CONCENTRACIÓN	Cuantitativa	Puntuación en la escala de ansiedad de Hamilton para la pregunta 5: dificultad para concentrarse, mala memoria.

ESTADO DE ÁNIMO BAJO	Cuantitativa	Puntuación en la escala de ansiedad de Hamilton para la pregunta 6: pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.
MUSCULAR	Cuantitativa	Puntuación en la escala de ansiedad de Hamilton para la pregunta 7: dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.
SENSORIAL	Cuantitativa	Puntuación en la escala de ansiedad de Hamilton para la pregunta 8: zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.
CARDIOVASCULAR	Cuantitativa	Puntuación en la escala de ansiedad de Hamilton para la pregunta 9: taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.
RESPIRATORIO	Cuantitativa	Puntuación en la escala de ansiedad de Hamilton para la pregunta 10: opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.
GASTRO-INTESTINAL	Cuantitativa	Puntuación en la escala de ansiedad de Hamilton para la pregunta 11: dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.
GENITO-URINARIO	Cuantitativa	Puntuación en la escala de ansiedad de Hamilton para la pregunta 12: micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.
COMPORTAMIENTO	Cuantitativa	Puntuación en la escala de ansiedad de Hamilton para la pregunta 13: boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta).

AUTONÓMICO	Cuantitativa	Puntuación en la escala de ansiedad de Hamilton para la pregunta 14: tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.
TOTAL	Cuantitativa	Puntuación total en la escala de ansiedad de Hamilton

Tabla 5. Variables utilizadas en nuestro estudio.

Definición de grupos de estudio

Se definieron dos grupos de estudio principales atendiendo a los objetivos marcados con anterioridad:

Grupo intervención (IPA): 75 pacientes sometidos a diferentes técnicas de psicoterapia de apoyo aplicada por el personal de enfermería.

Grupo control: 75 pacientes no sometidos a psicoterapia de apoyo, sólo soporte emocional a demanda.

A partir de los mencionados grupos principales, se definieron nuevos subgrupos para satisfacer objetivos secundarios, cuyos criterios específicos para establecerlos se describen a continuación.

Contraste de hipótesis

Previo a la realización del contraste de hipótesis, se comprobó la bondad de ajuste de las variables a la distribución normal aplicando el test de Kolmógorov-Smirnov. Con error $\alpha = 0.05$, aquellas consideradas paramétricas fueron sometidas a la prueba t de Student en caso de ser cuantitativas,

quedando para variables cualitativas el test de χ^2 . El análisis de las variables no paramétricas se llevó a cabo por medio del test de Wilcoxon para las variables cuantitativas, y el test exacto de Fisher para las variables cualitativas. Se obtuvo el índice de correlación r de Pearson para los pares de variables cuantitativas paramétricas. Para todos los tests se consideró un nivel significación estadística de $p < 0.05$.

El contraste de hipótesis se realizó en dos estadíos:

- Comprobación de la comparabilidad de los grupos de estudio principales en base a la ausencia/presencia de mínimas diferencias estadísticamente significativas en los grupos de variables: demográficas, diagnóstico y puntuación HAS al inicio del estudio.
- Análisis univariante:
 - 1) determinación de la significación estadística de las diferencias en la puntuación de la escala HAS entre los ciclos de quimioterapia para el grupo IPA frente al control. Las diferencias de los valores de puntuación de la escala HAS de ambos grupos fueron considerados de forma absoluta (puntuación en cada uno de los ciclos) y relativa (diferencias de puntuación entre ciclos sucesivos y entre el ciclo inicial y final) (análisis de medidas repetidas o intra-sujetos).
 - 2) ídem realizando análisis de subgrupos atendiendo a las diferentes variables demográficas y clínicas recogidas.

Estudio de la ansiedad pretratamiento

Se tomo la puntuación de la escala HAS al inicio del tratamiento independientemente de la pertenencia al grupo IPA o grupo control. Se realizó un análisis univariante preliminar identificando las asociaciones estadísticamente significativas entre la puntuación anteriormente referida y las variables demográficas y clínicas con nivel de significación $p < 0.05$. En un segundo tiempo, las variables halladas como estadísticamente significativas

con un grado de ansiedad incrementado fueron incluidas en un modelo multivariante de regresión logística que permitiese identificar factores de riesgo independientes de presencia de ansiedad aumentada pretratamiento. Se obtuvo la curva ROC y el estadístico área bajo la curva (AUC), sensibilidad, especificidad y valores predictivos que permitieron ponderar la capacidad discriminativa del modelo.

Score selectivo preintervención de pacientes respondedores a la IPA

La elaboración de dicho score se efectuó en pasos sucesivos:

- 1) Se seleccionaron los pacientes sometidos a IPA (75 pacientes). La ansiedad se consideró como un parámetro relativo, esto es; ya que se trató de estudiar la eficacia de la IPA, la valoración de la ansiedad se centró en la diferencia de puntuaciones al principio y final de la intervención, más que en el valor absoluto de la escala HAS al final del proceso.
- 2) La muestra seleccionada fue distribuida en cuartiles considerándose, como respondedores, los pacientes con diferencia de puntuaciones HAS entre los ciclos 4º y 1º incluidos en el último cuartil (20 pacientes, aproximadamente 75/4). El resto fueron considerados como no respondedores (55 pacientes restantes).
- 3) Se realizó un análisis univariante en base a la anterior distribución siguiendo metodología análoga a la expresada con anterioridad.
- 4) Las variables halladas con nivel de significación $p < 0,05$ fueron incluidas en un análisis multivariante por pasos sucesivos donde la entrada y salida de variables se estableció para valores de $p < 0.05$ y $p = 0.10$, respectivamente.
- 5) El modelo multivariante fue orientado a la elaboración del score selectivo. Para mejorar la aplicabilidad del mismo, las variables cuantitativas fueron convertidas en dicotómicas en base a un punto de corte discriminador de los pacientes respondedores a la IPA. Este fue obtenido a partir de la curva ROC de la variable continua respecto de la variable de agrupación respondedor/no

respondedor, siendo dicho punto de corte el que presentó el mejor par sensibilidad/especificidad. En la inclusión de dichas variables cuantitativas en el modelo multivariante, por tanto, sólo se consideró su forma dicotómica (cualitativa) con valor menor o mayor o igual al punto de corte establecido.

- 6) El modelo multivariante fue realizado por pasos sucesivos con punto de corte del nivel de significación $p < 0.05$ para la inclusión y > 0.20 para la exclusión de cada una de las variables en cada uno de los pasos.
- 7) Las variables halladas como estadísticamente significativas en el anterior análisis multivariante fueron incluidos en la elaboración del score. Los coeficientes β del análisis multivariante ponderaron el peso o puntuación asignada a cada una de las variables por lo que, a efectos prácticos, fueron multiplicados por dos y ajustado al número natural más próximo¹⁰⁶. De esta forma se obtuvo la puntuación correspondiente a cada una de las variables que conformaron el score selectivo predictivo de la respuesta a la IPA en la muestra de estudio.

Capítulo 4: Resultados

En este apartado, se muestran los resultados obtenidos a lo largo de nuestro estudio.

Se estudiaron 150 pacientes, 75 pacientes grupo intervención (IPA) y 75 pacientes grupo control, los cuales cumplieron los criterios de inclusión/exclusión preestablecidos. Un paciente con diagnóstico de cáncer de próstata fue éxitus entre el 3º y 4º ciclo de quimioterapia. La distribución por sexos fue de 76 hombres y 74 mujeres. La mediana en el número de hijos era de 3 siendo los casos con mayor número de hijos con 6. De los pacientes 103 eran casados, 1 persona divorciada, 8 vivían en pareja, 19 viudos y 19 solteros. El nivel sociocultural mayoritario fue medio-bajo.

4.1 Características iniciales del estudio

Las características basales de la muestra, considerando ambos grupos de estudio, se exponen en la tabla 1.

SEXO	Hombre	76/150 (50,66%)
	Mujer	74/150 (49,33%)

EDAD	59,65 ± 14,31
-------------	---------------

NIVEL SOCIOCULTURAL	1) Nivel bajo	43 (28,66%)	2,27 ± 1,02
	2) Nivel medio-bajo	44 (29,33%)	
	3) Nivel medio-alto	43 (28,66%)	
	4) Nivel alto	20 (13,33%)	

Nº HIJOS	0	22 (14,66%)	2,25 ± 1,48
	1	23 (15,33%)	
	2	40 (26,66%)	
	3	40 (26,66%)	
	4	15 (1%)	
	5	5 (3,33%)	
	6	4 (2,66%)	

ESTADO CIVIL	Casados	103 (68,66%)
	Divorciados	1 (0,66%)
	En pareja	8 (5,33%)
	Solteros	19 (12,66%)
	Viudos	19 (12,66%)

DIAGNOSTICO	Ca. Próstata	1 (0,66%)
	Neopl. Hematológica	9 (6%)
	Ca. Colon	40 (26,66%)
	Ca. Gástrico	3 (2%)
	Ca. Laringe	4 (2,66%)
	Ca. Lengua	1 (0,66%)
	Ca. Mama	29 (19,33%)
	Ca. Páncreas	6 (4%)
	Ca. Pulmón	45 (30%)
	Ca. Útero	7 (4,66%)
	Ca. Vejiga	5 (3,33%)

HAS pretratamiento	20,15 ± 7,29
---------------------------	--------------

Tabla 6. Características basales de la muestra. Espresadas como cardinal y porcentaje para las variables cualitativas y media ± DS para las cuantitativas. En el caso del número de hijos y del nivel sociocultural se obtuvieron valores de media ± DS, asumiendo para esta última variable valores de 1-4 para cada una de las categorías de nivel sociocultural.

En cuanto a la variable sexo, la distribución entre hombres y mujeres es homogénea. Aunque el trabajo ha sido aleatorizado la muestra obtenida fue equitativa, consecuencia de la paridad de sexos en cada uno de los grupos de estudio exigida en el proceso de inclusión para limitar la introducción de sesgos.

Respecto a la edad media, $59,65 \pm 14,31$ años, el valor se correspondió con el grupo de población con mayor prevalencia de enfermedades oncológicas globalmente consideradas. El rango de edades de nuestra muestra fue de 19 - 90 años. Para la edad media del grupo, la media de número de hijos correspondió con las características socioculturales de nuestro medio. Hace 50 años las personas tenían mayor número de hijos que en la actualidad, donde las familias tienen un hijo o ninguno.

La prevalencia de casados fue superior debido a la edad de los pacientes incluidos en nuestro estudio y, como se argumenta en el apartado anterior, en relación a factores socioculturales propios de nuestro medio. Llama la atención el escaso número de divorciados presentes. El nivel sociocultural presentó una distribución bastante homogénea, a excepción del nivel alto donde el número de pacientes fue menor.

En cuanto al grupo de enfermedades oncológicas con mayor número de afectados, existió correspondencia con la prevalencia mayoritaria de cáncer de colon, pulmón y mama habitual en nuestro medio.

Aunque la escala HAS no cuenta con puntos de corte, la evidencia científica y revisión bibliográfica realizadas¹⁰²⁻¹⁰⁵ mostraron que la puntuación media de nuestra muestra correspondía a un grado de ansiedad medio/alto. Se obtuvo un rango entre 6-34 puntos.

4.2 Comprobación de la comparabilidad entre el grupo IPA y grupo control

En este segundo apartado se desglosan las características clínico-demográficas de los dos grupos de estudio realizando un análisis univariante. Con ello, se pretendió identificar la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio a fin de confirmar la comparabilidad de los mismos de cara a los sucesivos pasos de análisis posterior.

SEXO	Grupo IPA (75)	Grupo control (75)	<i>p</i>
	Hombre 38 (50,66%)	Hombre 38 (50,66%)	0,999

EDAD	Grupo IPA (75)	Grupo control (75)	<i>p</i>
	59,11 ± 15,04	60,20 ± 13,61	0,641

NIVEL SOCIOCULTURAL	Grupo IPA (75)	Grupo control (75)	<i>p</i>
Media	2,41 ± 1,08	2,12 ± 0,94	0,079
1) Nivel bajo	19 (25,33%)	24 (32%)	0,118
2) Nivel medio-bajo	21 (28%)	23 (30,66%)	
3) Nivel medio-alto	20 (26,66%)	23 (30,66%)	
4) Nivel alto	15 (2%)	5 (6,66%)	

Nivel alto	35 (46,66%)	28 (37,33%)	0,133
Nivel bajo	40 (53,33%)	47 (62,66%)	

Nº HIJOS	Grupo IPA (75)	Grupo control (75)	<i>p</i>
0	12 (16%)	10 (13,33%)	0,384
1	13 (17,33%)	10 (13,33%)	
2	22 (29,33%)	18 (24%)	
3	17 (22,66%)	23 (30,66%)	
4	6 (8%)	9 (12%)	
5	2 (2,66%)	3 (4%)	

6	3 (4%)	2 (2,66%)	
Media	2,13 ± 1,80	2,37 ± 1,46	0,322

Hijos Sí	63/75 (84%)	65/75 (86,66%)	0,160
Hijos No	12/75 (16%)	10/75 (13,33%)	

ESTADO CIVIL	Grupo IPA (75)	Grupo control (75)	p
Casado	50 (66,66%)	53 (70,66%)	0,150
Divorciado	0	1 (1,33%)	
Soltero	9 (12%)	10 (13,33%)	
En pareja	5 (6,66%)	3 (4%)	
Viudos	11 (14,66%)	8 (10,66%)	

Con pareja	55 (73,33%)	56 (74,66%)	0,017
Solo	20 (26,66%)	19 (25,33%)	

DIAGNOSTICO	Grupo IPA (75)	Grupo control (75)	p
Ca. Próstata	0 (0%)	1 (1,33%)	0.138
Hematología	5 (6,66%)	4 (5,33%)	
Ca. Colon	17 (22,66%)	23 (30,66%)	
Ca. Gástrico	2 (2,66%)	1 (1,33%)	
Ca. Laringe	2 (2,66%)	2 (2,66%)	
Ca. Lengua	1 (1,33%)	0 (0%)	
Ca. Mama	12 (16%)	17 (22,66%)	
Ca. Páncreas	3 (4%)	3 (4%)	
Ca. Pulmón	25 (33,33%)	20 (26,66%)	
Ca. Útero	5 (6,66%)	2 (2,66%)	
Ca. Vejiga	3 (4%)	2 (2,66%)	

HAS pre	Grupo IPA	Grupo control	p
	20,24 ± 7,04	20,06 ± 7,58	0,885

Tabla 7. Características clínico-demográficas de grupo IPA y grupo control.

Las variables “nivel sociocultural” y “nº hijos/hijos” fueron consideradas tanto categóricas como variables numéricas discretas, con rango de valores de 1-4 y de 1-6, respectivamente. En su consideración categórica, la primera agrupó los valores 1 y 2 como “nivel sociocultural bajo”; y 3 y 4 como “nivel sociocultural alto”. En cuanto a la variable “nº de hijos”, en su forma categórica adoptó la fórmula dicotómica “tenencia de hijos sí/no”. Finalmente, la variable estado civil, ha sido considerada como categórica en dos modalidades: una con 5 categorías independientes y otra dicotómica (“vivir en pareja sí/no”).

La práctica totalidad de las variables prequimioterapia, entre los grupos IPA y control, no mostraron diferencias estadísticamente significativas, confirmando la comparabilidad de ambos grupos y permitiendo su análisis posterior. Tan sólo la forma dicotómica de la variable “estado civil” presentó diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

4.3 Análisis univariante

Estudio de la reducción del nivel de ansiedad prequimioterapia

A continuación se desarrollaron los resultados de la puntuación de la escala HAS obtenidos previo al inicio del tratamiento con quimioterapia, en cada uno de los ciclos. Se comparó la evolución de dichas puntuaciones entre los grupos IPA y control, consideradas tanto de forma absoluta como relativa (diferencia de puntuaciones entre ciclos).

IPA versus control

	Grupo IPA (75)	Grupo Control (75)	p
Ciclo 1	20,24 ± 7,04	20,06 ± 7,58	0,885
Ciclo 2	17,94 ± 6,03	18,74 ± 6,21	0,425
Ciclo 3	14,64 ± 5,13	15,41 ± 6,09	0,047
Ciclo 4	11,53 ± 4,50	13,64 ± 5,67	0,013

	Grupo IPA (75)	Grupo Control (75)	p
Ciclo 1-2	2,29 ± 2,61	1,32 ± 3,64	0,062
Ciclo 2-3	3,30 ± 3,85	3,33 ± 3,71	0,966
Ciclo 3-4	3,10 ± 2,48	1,77 ± 2,32	0,001

	Grupo IPA (75)	Grupo Control (75)	p
Ciclo 1-4	8,70 ± 5,72	6,42 ± 5,54	0,014

Tabla 8. Evolución del nivel de ansiedad medio en ambos grupos IPA y control a lo largo de los diferentes ciclos de quimioterapia.

Considerados los valores de manera absoluta solo se observaron diferencias estadísticamente significativas a favor de la reducción de ansiedad en el grupo IPA en los últimos ciclos de quimioterapia.

De forma relativa, las diferencias de puntuaciones entre ciclos fueron también mayores hacia la segunda mitad del estudio con una mayor reducción de la ansiedad en el grupo intervención.

En cuanto a la reducción de la ansiedad global de la ansiedad al final del estudio respecto de la ansiedad presentada al inicio fue mayor en el grupo intervención (8,70 ± 5,72) versus grupo control (6,42 ± 5,54); $p = 0,014$.

Sexo

	Hombres (76)	Mujeres (74)	p
Ciclo 1	19,61 ± 6,84	20,70 ± 7,73	0,365
Ciclo 2	17,97 ± 6,13	18,72 ± 6,12	0,451
Ciclo 3	14,38 ± 5,99	15,69 ± 5,18	0,156
Ciclo 4	12,08 ± 5,66	13,11 ± 4,67	0,227

	Hombres (76)	Mujeres (74)	p
Ciclo 1-2	1,64 ± 2,84	1,97 ± 3,55	0,532
Ciclo 2-3	3,59 ± 4,62	3,04 ± 2,63	0,372
Ciclo 3-4	2,30 ± 2,86	2,58 ± 2,05	0,436

	Hombres (76)	Mujeres (74)	<i>p</i>
Ciclo 1-4	7,54 ± 6,05	7,59 ± 5,43	0,953

Tabla 9. Evolución del nivel de ansiedad medio según sexo.

Considerados tanto de forma absoluta como relativa las puntuaciones en la escala HAS no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos sexos. No obstante, los hombres presentaron de forma constante puntuaciones absolutas ligeramente menores que las que presentaron las mujeres. Sin embargo, la diferencia entre ciclos y en el global del estudio no fueron clínicamente relevantes.

Edad

	<i>r</i>	<i>p</i>
Ciclo 1	-0,683	0,000
Ciclo 2	-0,682	0,000
Ciclo 3	-0,639	0,000
Ciclo 4	-0,626	0,000

	<i>r</i>	<i>p</i>
Ciclo 1-2	-0,253	0,002
Ciclo 2-3	-0,153	0,061
Ciclo 3-4	-0,134	0,103

	<i>r</i>	<i>p</i>
Ciclo 1-4	-0,3	0,000

Tabla 10. Correlación del nivel de ansiedad según edad.

Considerando la puntuación de la escala HAS de forma absoluta, la edad de los pacientes incluidos en nuestro estudio se correlacionó de forma inversa con una intensidad moderada (rango de *r* Persson -0,626 a -0,683; *p*<0,000)

en todos los ciclos.

La reducción de ansiedad entre ciclos, sin embargo, se correlacionó débilmente con la edad de los pacientes y solo fue significativa al inicio del seguimiento. Por así decirlo, consideradas las puntuaciones absolutas, los pacientes de mayor edad presentaron de forma habitual niveles de ansiedad menores y cuando se analizó la reducción de la ansiedad entre ciclos se observó una asociación estadísticamente débil por la que los pacientes de mayor edad presentaron una menor reducción de su nivel de ansiedad.

Nivel Sociocultural

Nivel sociocultural	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 3	Ciclo 4
1) Nivel bajo	17,01 ± 3,12	15,46 ± 4,36	11,04 ± 5,04	11,46 ± 6,02
2) Nivel medio-bajo	21,22 ± 4,47	19,14 ± 3,96	12,67 ± 4,36	10,28 ± 5,62
3) Nivel medio-alto	24,12 ± 5,04	23,36 ± 4,34	15,50 ± 5,32	12,37 ± 4,03
4) Nivel alto	26,54 ± 4,87	22,63 ± 4,76	16,32 ± 5,03	12,47 ± 4,34
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Nivel sociocultural	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 3	Ciclo 4
Alto	25,25 ± 5,12	22,27 ± 4,32	18,11 ± 4,14	12,32 ± 3,81
Bajo	16,46 ± 6,35	15,50 ± 5,65	12,79 ± 5,52	10,61 ± 5,21
<i>p</i>	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001

Nivel sociocultural	Ciclo 1-2	Ciclo 2-3	Ciclo 3-4	Ciclo 1-4
1) Nivel bajo	1,55 ± 1,24	4,42 ± 0,68	0,42 ± 0,98	5,55 ± 2,9
2) Nivel medio-bajo	2,08 ± 0,51	6,47 ± 0,4	2,39 ± 1,26	10,94 ± 1,15

3) Nivel medio-alto	0,76 ± 0,68	7,86 ± 0,98	3,95 ± 1,29	11,75 ± 1,01
4) Nivel alto	3,91 ± 0,11	6,31 ± 0,27	3,85 ± 0,69	14,07 ± 0,53
p	<0,0001	0,016	0,254	<0,0001

Nivel sociocultural	Ciclo 1-2	Ciclo 2-3	Ciclo 3-4	Ciclo 1-4
Alto	2,98 ± 2,88	4,158 ± 3,44	2,79 ± 2,14	9,93 ± 4,44
Bajo	0,95 ± 3,16	2,71 ± 3,89	2,18 ± 2,69	5,85 ± 5,68
p	<0,0001	0,020	0,140	<0,0001

Tabla 11. Evolución del nivel de ansiedad medio según nivel sociocultural.

Nuestro estudio muestra que las personas con un nivel sociocultural alto presentaron niveles de ansiedad mayores respecto de las personas con un nivel sociocultural más bajo de forma sostenida estadísticamente significativa. Además, el nivel de ansiedad fue progresivamente mayor para cada uno de los estratos de nivel sociocultural establecidos en base al nivel de estudios. Este mismo patrón se mantuvo al considerar la variable como dicotómica. Considerando la reducción de la ansiedad a lo largo del estudio, los pacientes con un nivel sociocultural alto presentaron reducciones de ansiedad mayores, tanto entre ciclos como al principio y al final del estudio de forma estadísticamente significativa. Estos resultados se mantuvieron al considerar la variable como dicotómica.

Número hijos

Nº Hijos	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 3	Ciclo 4
0	25,04 ± 6,32	22,09 ± 5,08	18,30 ± 3,10	15,50 ± 2,84
1	26,12 ± 4,36	21,03 ± 3,29	19,14 ± 3,32	17,07 ± 4,03
2	19,32 ± 5,37	22,36 ± 4,36	21,81 ± 5,28	15,32 ± 2,28
3	20,28 ± 8,24	17,91 ± 5,14	14,37 ± 4,46	11,46 ± 6,31
4	12,16 ± 6,23	14,54 ± 6,47	12,52 ± 3,38	10,54 ± 7,04
5	11,47 ± 5,11	14,37 ± 7,02	12,34 ± 5,29	10,22 ± 4,36

6	7,52 ± 4,72	7,53 ± 6,11	6,20 ± 4,36	5,85 ± 3,98
p	0,003	<0,0001	<0,0001	<0,0001

Nº Hijos	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 3	Ciclo 4
Hijos SÍ	19,04 ± 7,13	17,70 ± 6,06	14,36 ± 5,70	12,08 ± 5,37
Hijos No	25,04 ± 6,32	22,09 ± 5,08	18,90 ± 3,10	15,50 ± 2,84
p	0,002	<0,0001	0,004	0,001

Nº Hijos	Ciclo 1-2	Ciclo 2-3	Ciclo 3-4	Ciclo 1-4
0	25,04 ± 6,32	22,09 ± 5,08	18,90 ± 3,10	15,50 ± 2,84
1	5,09 ± 1,07	1,89 ± 0,03	2,07 ± 0,71	9,05 ± 0,33
2	3,04 ± 1,01	0,55 ± 0,92	6,49 ± 0,01	4,00 ± 0,09
3	2,37 ± 3,1	3,54 ± 0,68	2,91 ± 1,85	8,82 ± 1,93
4	2,38 ± 0,24	2,02 ± 3,09	1,98 ± 3,66	1,62 ± 0,81
5	2,9 ± 1,91	2,03 ± 1,73	2,12 ± 0,93	1,25 ± 0,75
6	0,01 ± 1,39	1,25 ± 1,75	0,44 ± 0,38	1,67 ± 0,74
p	0,076	0,943	0,057	0,084

Nº Hijos	Ciclo 1-2	Ciclo 2-3	Ciclo 3-4	Ciclo 1-4
Hijos SÍ	1,61 ± 3,23	3,34 ± 3,75	2,27 ± 2,59	7,22 ± 5,74
Hijos No	2,95 ± 2,83	3,18 ± 3,93	3,41 ± 1,53	9,54 ± 5,38
p	0,069	0,853	0,048	0,044

Tabla 12. Evolución del nivel de ansiedad medio según número de hijos.

En la puntuación HAS absoluta un mayor número de hijos se relacionó con un nivel de ansiedad menor de forma estadísticamente significativa. Esta tendencia se mantuvo a lo largo de los cuatro ciclos de quimioterapia estudiados. Sin embargo, la reducción de la ansiedad presentada entre ciclos fue menor a medida que los pacientes presentaron un mayor número de hijos, no alcanzando la significación estadística en ninguno de los ciclos.

Considerado el número de hijos como variable dicotómica (Sí/No), nuevamente la tenencia de hijos se asoció a niveles de ansiedad más bajos

mantenidos a lo largo de todos los ciclos ($p < 0,000$).

En lo que se refiere a la reducción de ansiedad entre ciclos, no tener hijos se relacionó con una reducción en el nivel de ansiedad más acusado hacia el final del seguimiento de nuestro estudio y en el global del periodo de estudio (hijos Sí $7,22 \pm 5,74$ vs. hijos No $9,54 \pm 5,38$; $p = 0,0441$).

Estado civil

Estado civil	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 3	Ciclo 4
Casado	$19,37 \pm 6,85$	$18,01 \pm 5,90$	$14,78 \pm 5,53$	$12,38 \pm 1,96$
Divorciado	$23,00 \pm 0,00$	$20,00 \pm 0,00$	$16,00 \pm 0,00$	$15,00 \pm 0,00$
En pareja	$25,00 \pm 3,96$	$22,75 \pm 2,38$	$19,25 \pm 1,49$	$16,63 \pm 1,51$
Soltero	$26,16 \pm 6,60$	$22,68 \pm 5,53$	$19,53 \pm 3,12$	$16,26 \pm 3,19$
Viudo	$16,21 \pm 7,47$	$13,89 \pm 5,44$	$10,47 \pm 5,49$	$8,21 \pm 5,64$
<i>p</i>	0,036	0,057	0,059	0,064

Estado civil	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 3	Ciclo 4
Solo	$21,23 \pm 8,48$	$18,33 \pm 6,92$	$15,03 \pm 6,28$	$12,31 \pm 6,03$
Con pareja	$19,77 \pm 6,83$	$18,35 \pm 5,84$	$15,03 \pm 5,42$	$12,68 \pm 4,92$
<i>p</i>	0,285	0,987	0,999	0,699

Estado civil	Ciclo 1-2	Ciclo 2-3	Ciclo 3-4	Ciclo 1-4
Casado	$1,36 \pm 3,41$	$3,23 \pm 3,86$	$2,40 \pm 2,13$	$6,99 \pm 5,57$
Divorciado	$3,00 \pm 0,00$	$4,00 \pm 0,00$	$1,00 \pm 0,00$	$8,00 \pm 0,00$
En pareja	$2,25 \pm 2,71$	$4,50 \pm 1,60$	$1,63 \pm 2,56$	$8,38 \pm 3,89$
Soltero	$3,16 \pm 2,57$	$3,26 \pm 4,25$	$3,47 \pm 1,85$	$9,89 \pm 5,67$
Viudo	$1,81 \pm 3,20$	$3,32 \pm 3,77$	$2,44 \pm 2,49$	$7,57 \pm 5,73$
<i>p</i>	0,034	0,026	0,042	0,003

Estado civil	Ciclo 1-2	Ciclo 2-3	Ciclo 3-4	Ciclo 1-4
Solo	$2,90 \pm 2,40$	$3,31 \pm 3,86$	$2,72 \pm 3,28$	$8,92 \pm 6,31$

Con pareja	1,42 ± 3,36	3,32 ± 3,75	2,34 ± 2,16	7,09 ± 5,47
p	0,03	0,981	0,470	0,086

Tabla 13. Evolución del nivel de ansiedad medio según estado civil.

Entre las diferentes categorías de la variable estado civil, no existieron diferencias estadísticamente significativas a lo largo del seguimiento y estas fueron ligeras durante el primer ciclo de quimioterapia, presentando los pacientes solteros las mayores puntuaciones de nivel de ansiedad y los viudos las menores. Asimismo, considerada la variable como dicotómica, los pacientes que viven habitualmente con una pareja presentaron puntuaciones ligeramente inferiores al inicio del tratamiento que posteriormente se equipararon al grupo que viven solos.

En lo que respecta a la reducción de la ansiedad esta fue más acentuada para los pacientes solteros tanto en el global como en cada uno de los ciclos de tratamiento. El contrapunto lo ofrecieron los pacientes casados con las menores puntuaciones. Considerada la variable como dicotómica, los pacientes que vivían solos presentaron mayor reducción del nivel de ansiedad que los que tenían pareja tras el segundo ciclo de tratamiento, hecho que posteriormente no presentó diferencias estadísticamente significativas en el resto de ciclos de quimioterapia ni en el global al principio y final del estudio.

Diagnóstico

Diagnóstico	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 3	Ciclo 4
Ca. Próstata	13,00 ± 0,00	13,00 ± 0,00	10,00 ± 0,00	n/a
Hematología	14,44 ± 9,46	13,22 ± 8,03	11,44 ± 5,59	9,33 ± 4,79
Ca. Colon	21,00 ± 6,32	19,25 ± 5,40	16,33 ± 4,42	13,32 ± 3,73
Ca. Gástrico	24,67 ± 3,51	23,00 ± 4,58	20,33 ± 0,57	16,00 ± 3,00
Ca. Laringe	24,25 ± 3,20	21,75 ± 2,87	18,75 ± 2,50	15,25 ± 3,59
Ca. Lengua	25,00 ± 0,00	21,00 ± 0,00	19,00 ± 0,00	14,00 ± 0,00
Ca. Mama	22,21 ± 6,81	19,86 ± 5,49	16,93 ± 4,64	14,72 ± 4,21
Ca. Páncreas	20,33 ± 7,69	17,50 ± 6,35	15,83 ± 5,07	12,83 ± 4,79

Ca. Pulmón	19,51 ± 6,87	17,99 ± 6,26	13,47 ± 6,22	11,18 ± 5,94
Ca. Útero	21,29 ± 4,57	19,71 ± 4,49	16,14 ± 4,06	13,57 ± 3,56
Ca. Vejiga	20,15 ± 7,29	18,35 ± 6,12	15,03 ± 5,63	12,59 ± 5,21
p	0,056	0,064	0,078	0,062

Diagnóstico	Ciclo 1-2	Ciclo 2-3	Ciclo 3-4	Ciclo 1-4
Ca. Colon	1,75 ± 3,78	2,93 ± 2,53	2,40 ± 2,25	7,08 ± 4,90
Ca. Mama	2,34 ± 4,14	2,93 ± 2,58	2,21 ± 2,37	7,48 ± 6,30
Ca. Pulmón	1,56 ± 2,83	4,49 ± 5,38	2,29 ± 3,03	8,33 ± 6,93
p	0,147	0,236	0,198	0,203

Tabla 14. Evolución del nivel de ansiedad medio según diagnóstico.

Las diferencias de ansiedad entre los grupos diagnosticados fueron casi estadísticamente significativas en todos los ciclos, destacando niveles de ansiedad mayores para aquellas enfermedades oncológicas asociadas a dismorfia corporal como cáncer de laringe y lengua. No obstante, dada la heterogeneidad en el número de pacientes incluidos en cada diagnóstico se analizaron los resultados de los tres cánceres mayoritarios (colon, mama y pulmón) presentando el segundo tipo niveles de ansiedad ligeramente superiores a los otros dos a lo largo de los cuatro ciclos de tratamiento. Las diferencias entre ciclos revelaron asimismo una reducción de ansiedad globalmente mayor para el cáncer de pulmón, seguido del de mama y finalmente el cáncer de colon. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

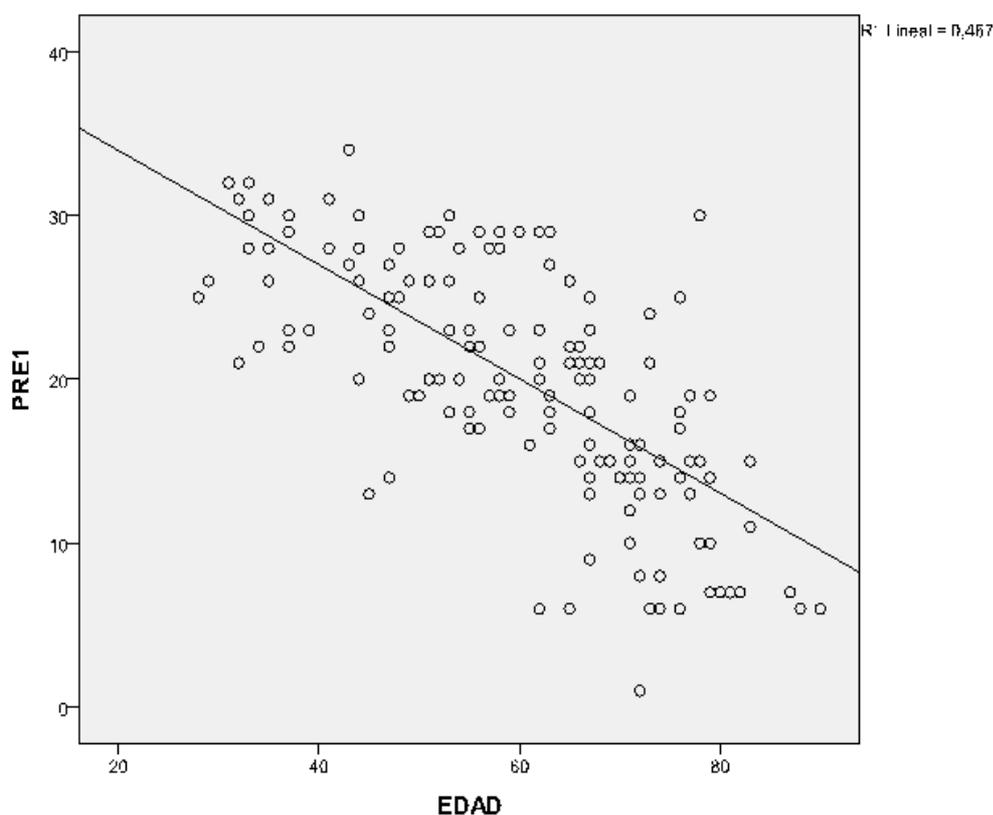
4.4 Estudio de la ansiedad pretratamiento

En este siguiente apartado se estudiaron las variables que más relevantes respecto al nivel de ansiedad que presentaron los pacientes del estudio previo al inicio del tratamiento con quimioterapia.

El análisis se ha realizado utilizando la r de Pearsson para aquellas variables socio-demográficas de naturaleza cuantitativa y la t de Student para las variables dicotómicas.

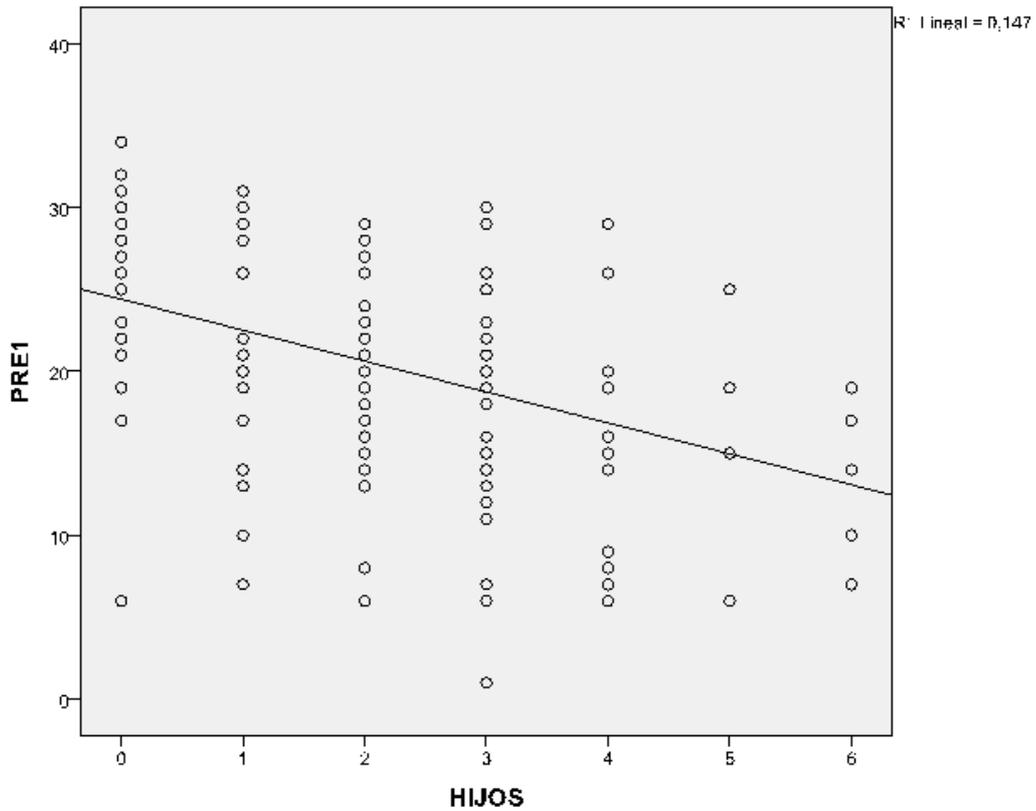
El gráfico nº 1 que mostramos a continuación establece la relación de la edad de los sujetos de estudio con respecto a los niveles de ansiedad previo al inicio del tratamiento con quimioterapia. Observamos que, a mayor edad de los pacientes, el nivel de ansiedad era menor, siendo $r = -0,683$. Por lo tanto, muestra una correlación moderada-fuerte e inversa, con una p estadísticamente significativa ($p < 0,000$).

Gráfico nº 1



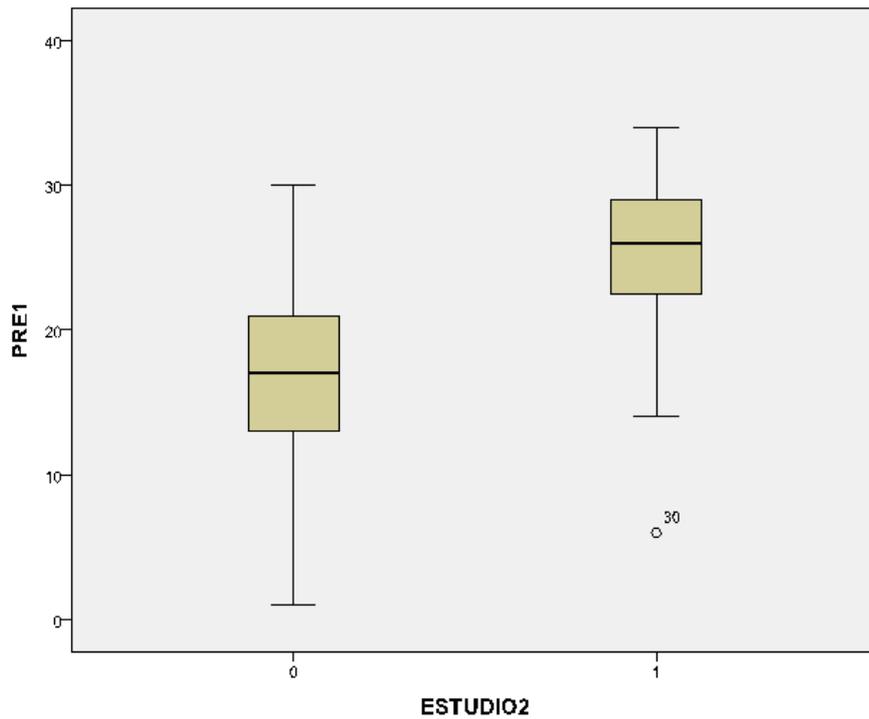
El gráfico nº 2 establece la relación del número de hijos (0 a 6 hijos) de los sujetos de estudio con respecto a los niveles de ansiedad previo al inicio del tratamiento con quimioterapia. Observamos que a mayor número de hijos el nivel de ansiedad fue menor, siendo $r = -0,383$. Muestra una correlación leve e inversa, con una p estadísticamente significativa ($p < 0,000$).

Gráfico nº 2



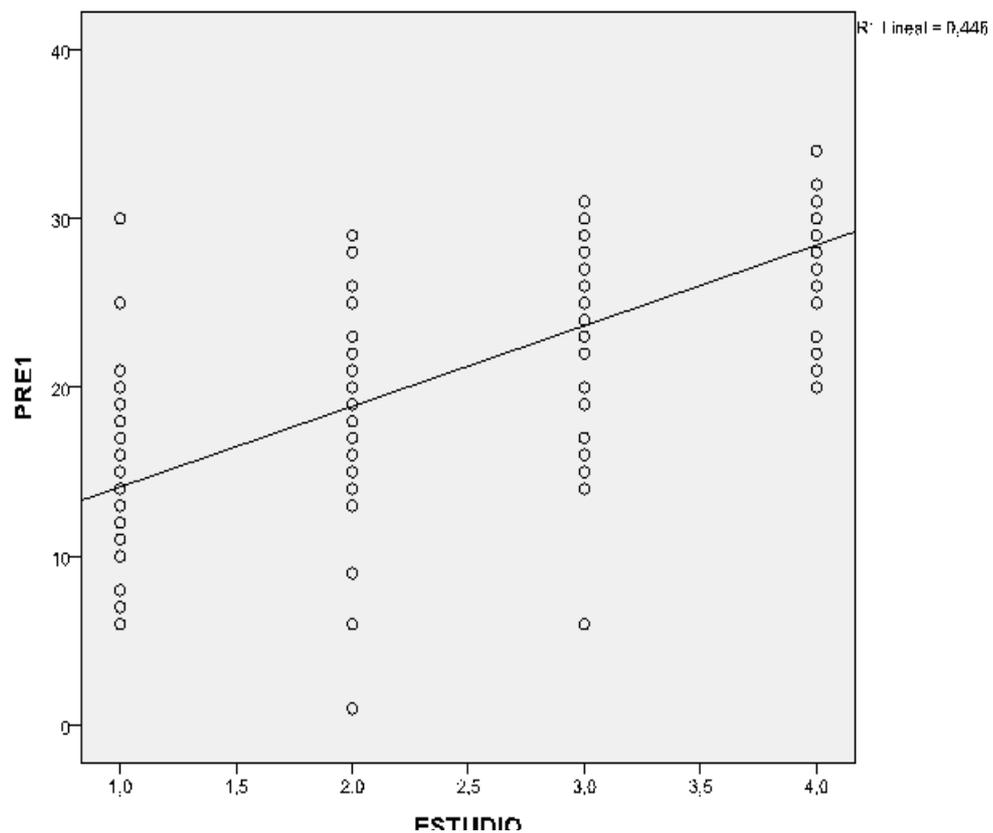
Para la variable número de hijos considerada como dicotómica (hijos Sí: 1 y hijos No: 0) se presenta la distribución de los valores de ansiedad mediante un diagrama de cajas (Gráfico nº 3). La media de ansiedad del grupo hijos No ($25,05 \pm 6,321$) fue superior al grupo hijos Sí ($19,31 \pm 7,137$). Este grupo mostró una menor dispersión de los valores de ansiedad. Tras el análisis por t de Student se obtuvo una $p < 0,001$ que apoya un nivel de ansiedad superior previo al inicio de tratamiento para el grupo de pacientes sin hijos.

Gráfico nº 3



El gráfico nº 4, establece la relación del nivel de estudios (1 a 4) de los sujetos de estudio con respecto a los niveles de ansiedad previo al inicio del tratamiento con quimioterapia.

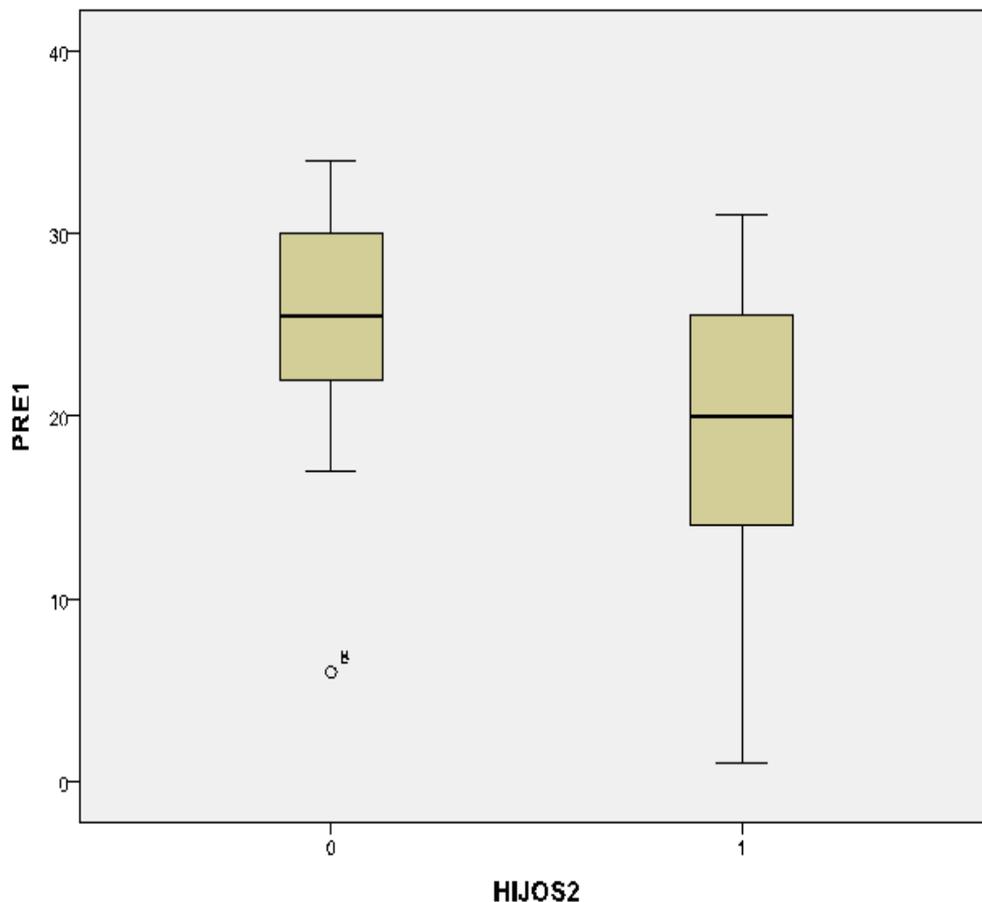
Gráfico nº 4



Observamos que a mayor nivel de estudios el nivel de ansiedad fue mayor, siendo $r = 0,668$. Muestra una correlación moderada y directa, con una p estadísticamente significativa ($p < 0,000$).

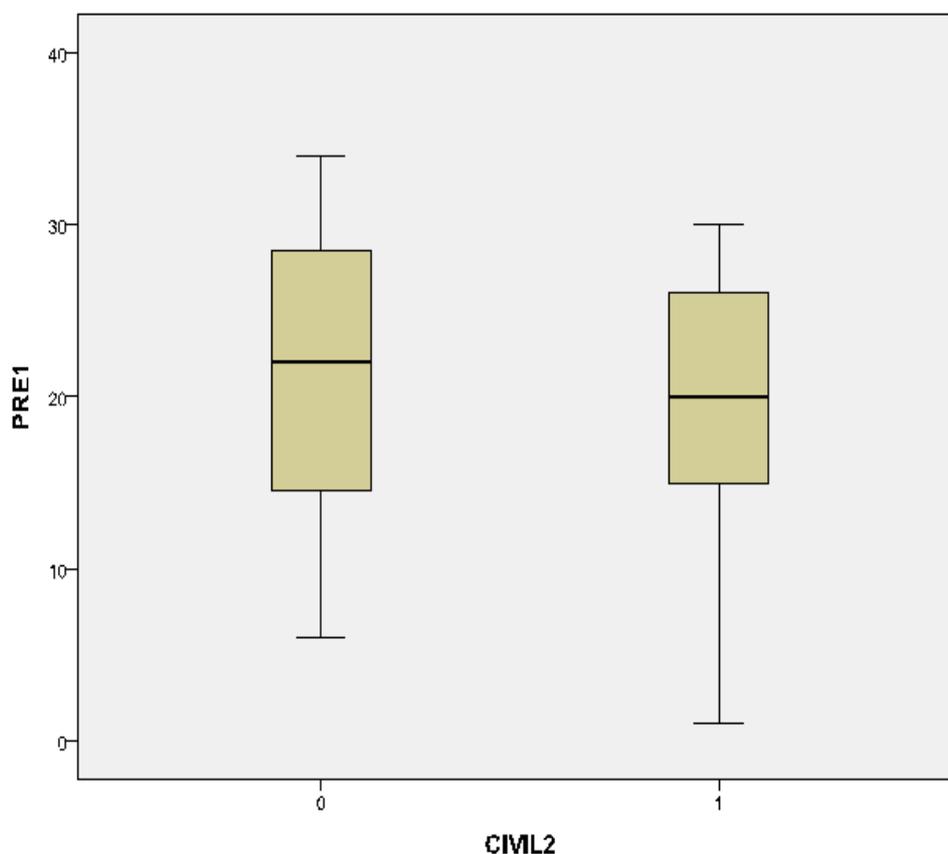
Para la variable nivel de estudios considerada como dicotómica (nivel bajo: 0 y nivel alto: 1) se presenta la distribución de los valores de ansiedad mediante un diagrama de cajas (Gráfico nº 5). La media de ansiedad del grupo nivel de estudios bajo ($16,46 \pm 6,355$) fue inferior al grupo nivel de estudios alto ($25,25 \pm 5,121$). Este grupo mostró una mayor dispersión de los valores de ansiedad. Tras el análisis por t de Student se obtuvo una $p < 0,000$ que apoya un nivel de ansiedad superior previo al inicio de tratamiento para el grupo de pacientes con nivel de estudios alto.

Gráfico nº 5



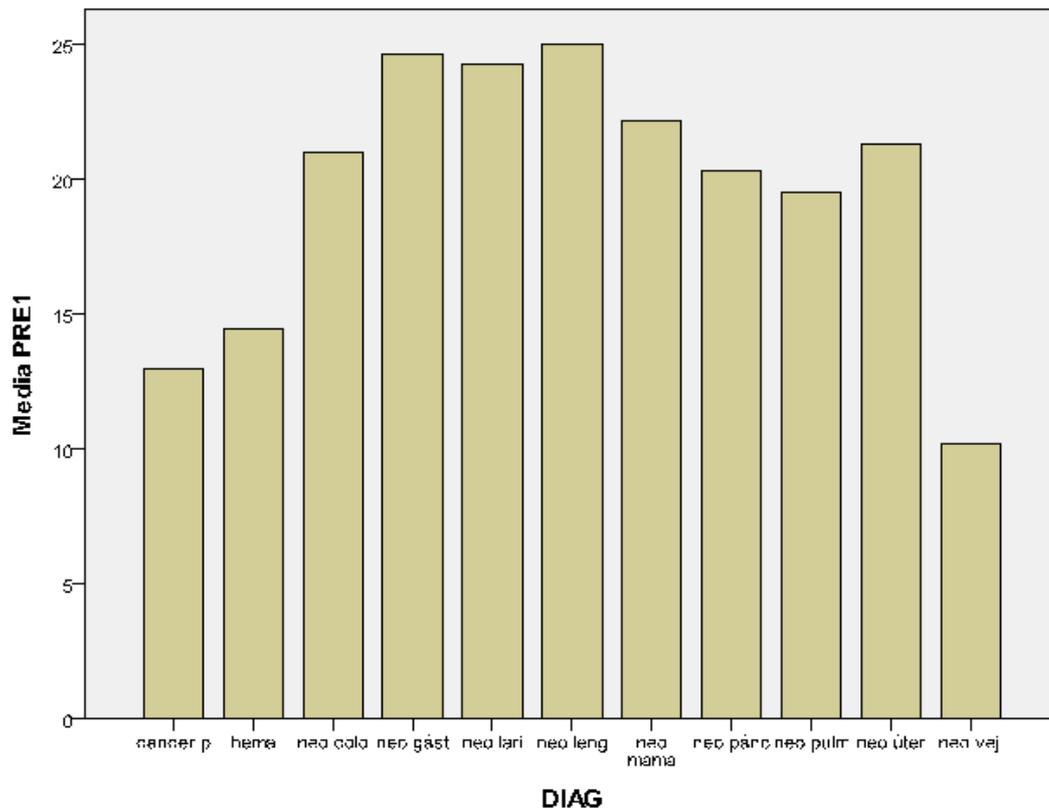
Para la variable estado civil considerada como dicotómica (solo: 0 y con pareja: 1) se presenta la distribución de los valores de ansiedad mediante un diagrama de cajas (Gráfico nº 6). La media de ansiedad del grupo estado civil solo ($21,23 \pm 8,477$) fue ligeramente superior al grupo de pacientes que vivían en pareja ($19,77 \pm 6,831$). No obstante, estas diferencias fueron no significativas ($p = 0,285$) como demuestra la paridad observada entre los diagramas de cajas en lo que respecta a la media y dispersión de las distribuciones.

Gráfico nº 6



Para la variable diagnóstico, hemos realizado un diagrama de barras (Gráfico nº 7), donde se observa la distribución de las medias de la puntuación HAS al inicio del tratamiento para cada uno de los grupos de diagnóstico oncológico.

Gráfico nº 7

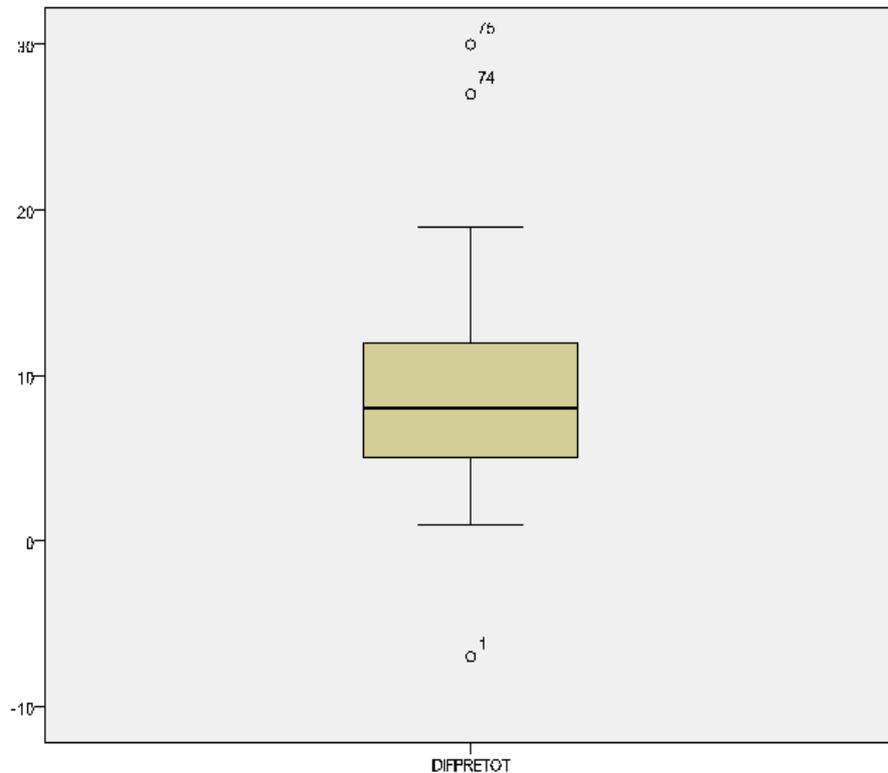


4.5 Score selectivo preintervención de pacientes respondedores a la IPA

Con la finalidad de optimizar los resultados de la aplicación de la intervención de psicoterapia de apoyo, se propone la elaboración de un score basado en las características clínico-demográficas predictoras de la respuesta positiva de los pacientes en forma de reducción del nivel de ansiedad. El procedimiento de desarrollo teórico del score ha sido mencionado con anterioridad en la Parte II. Capítulo 3. 3.7 Análisis estadístico (página 73-79).

El gráfico nº 8 resume, mediante un diagrama de cajas, los cuartiles de distribución de la muestra de pacientes (75) que fueron sometidos a intervención (grupo intervención o IPA). Se consideraron respondedores los hallados en el 4º cuartil (20 pacientes), con punto de corte de puntuación de la escala HAS mayor o igual a 12 puntos.

Gráfico nº 8



El análisis univariante, como se muestra en la Tabla 15, demostró que la edad, el nivel sociocultural, la vida en pareja y la puntuación HAS preIPA mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos de pacientes respondedores y no respondedores. Así, los pacientes respondedores fueron comparativamente más jóvenes, con mayor nivel sociocultural, ligeramente presentaron mayor porcentaje de individuos que no vivían en pareja y con una ansiedad previa al inicio de la intervención de más de 10 puntos de media en la escala HAS. No existieron diferencias significativas en cuanto al sexo ni al número de hijos.

	No respondedor (55)	Respondedor (20)	<i>p</i>
Sexo %	47,3%	55%	0,554
Edad	60,29 ± 15,43	55,85 ± 13,76	0,026
Nivel sociocultural dicotómica (% nivel medio-alto)	34,5%	80%	0,000
Nº hijos continua (0-6)	2,18 ± 1,58	2,00 ± 1,29	0,616
Nº hijos dicotómica (% con hijos)	83,6%	85%	0,887
Estado civil (% en pareja)	76,4%	65%	0,032
HAS preIPA	17,55 ± 5,92	27,65 ± 3,81	0,000

Tabla 15. Análisis univariante de la distribución de las variables preIPA según respondedor/no respondedor.

Las variables halladas anteriormente como significativas fueron incluidas en un modelo multivariante donde mantuvieron la significación (Tabla 16). El estadístico AUC fue de 0.958.

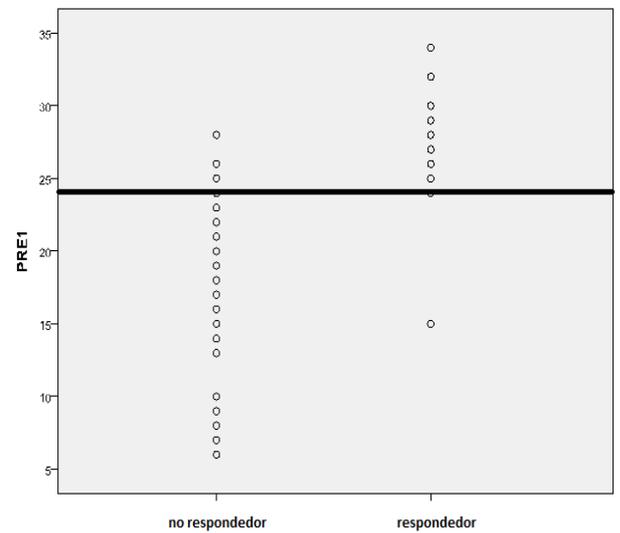
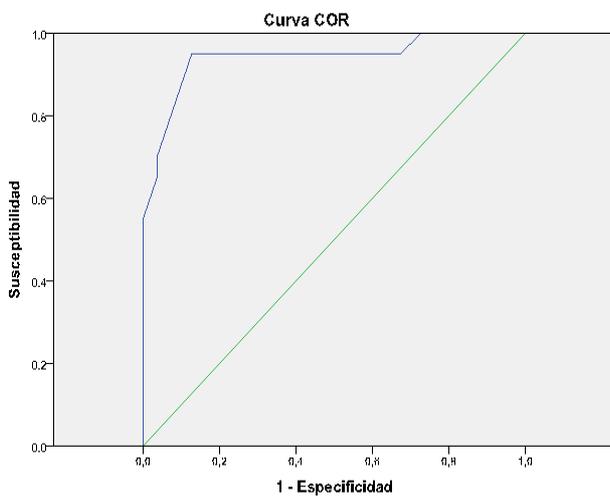
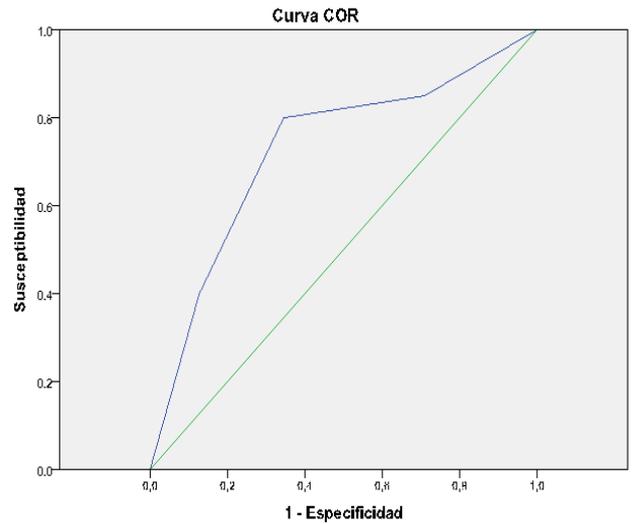
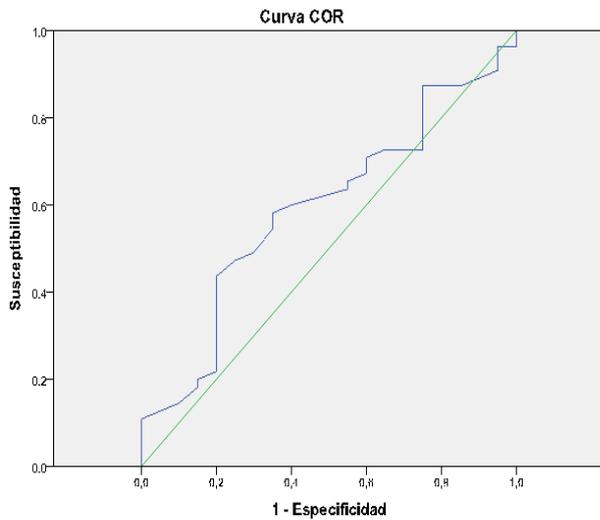
	<i>p</i> análisis univar.	<i>p</i> analisis multivar.	Coefficiente β
Edad	0,026	0,019	1,157
Nivel sociocultural dicotómica (% nivel medio-alto)	0,000	0,035	1,595
Estado civil (% en pareja)	0,032	0,046	0,247
HAS preIPA	0,000	0,000	4,147

Tabla 16. Análisis multivariante de la distribución de las variables preIPA según respondedor/no respondedor.

A efectos de obtener un score con aplicabilidad práctica, las variables continuas fueron transformadas en dicotómicas en base a un punto de corte. Los gráficos 9-12, representan las curvas ROC de capacidad predictiva de

dichas variables, a partir de las cuales fueron obtenidos los puntos de corte óptimos. La Tabla 17 resume dichos puntos de corte así como su sensibilidad y especificidad.

Gráficos 9º-12º



De izquierda a derecha y de arriba a abajo: curvas ROC de edad, nivel sociocultural y puntuación HAS preIPA; punto de corte discriminador de respondedor/no respondedor de puntuación HAS preIPA.

	Punto corte	AUC	Sensibilidad	Especificidad
Edad	53,5 años	0,613	67,3%	60%
Nivel sociocultural continua (1-4)	nivel 2,5	0,725	80%	65,5%
HAS preIPA	24,5 puntos	0,941	95%	89,1%

Tabla 17. Valores del estadístico AUC y punto de corte óptimo de las curvas ROC de los gráficos 9-11.

De entre las variables continuas, la puntuación HAS preIPA fue la que mejor capacidad predictiva presentó de la respuesta a la intervención. La precisión de su punto de corte (24.5 puntos) se demuestra en el Gráfico 11 y la Tabla 17.

En torno a dichos puntos de corte, fue elaborado un nuevo modelo multivariante recodificando las variables continuas para convertirlas en dicotómicas. La Tabla 18 resume dicho modelo. Todas las variables incluidas mantuvieron la significación y conformaron el score. Las puntuaciones del mismo fueron ajustadas al número natural más próximo al valor del coeficiente del modelo multivariante multiplicado por 2. La variable puntuación HAS preIPA demostró un peso superior al del resto de variables y presentó valor 2 puntos. Al resto les fue asignado un punto en el score, presentando este una puntuación mínima de 0 y máxima de 5.

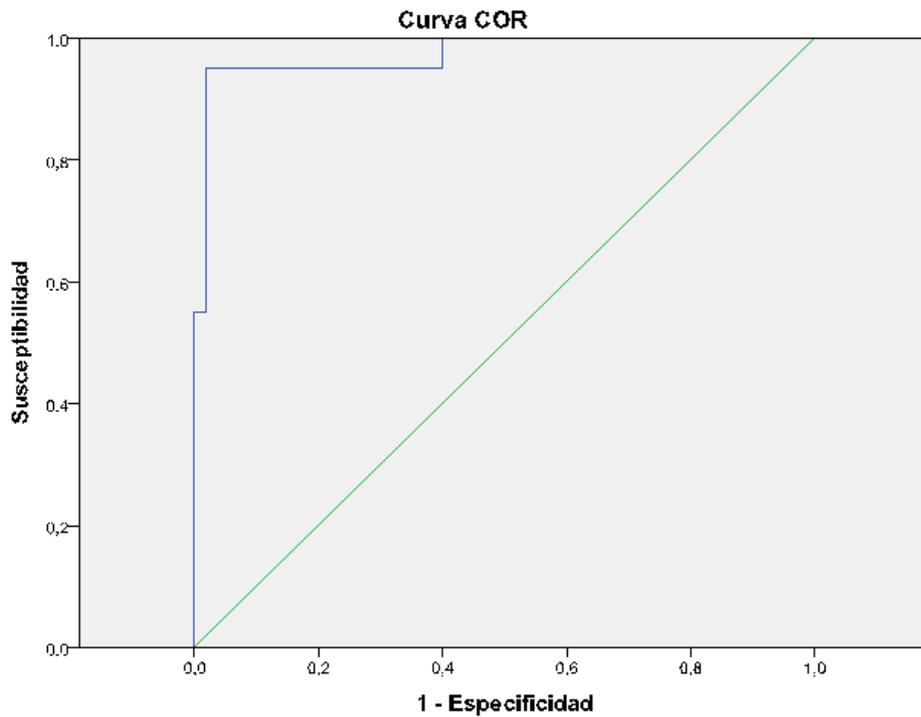
	Criterio	p	Coeficiente β	Puntuación
Edad	< o = 53,5 años	0,013	0,437	1
Nivel sociocultural	medio-alto o alto	0,029	0,524	1
Estado civil	sin pareja	0,034	0,623	1
HAS preIPA	>24 puntos	0,000	1,235	2

Tabla 18. Análisis multivariante para elaboración de score selectivo.

La capacidad predictiva del modelo multivariante del cual se obtuvo el score viene definida por el Gráfico 13 de la curva ROC, a continuación, con

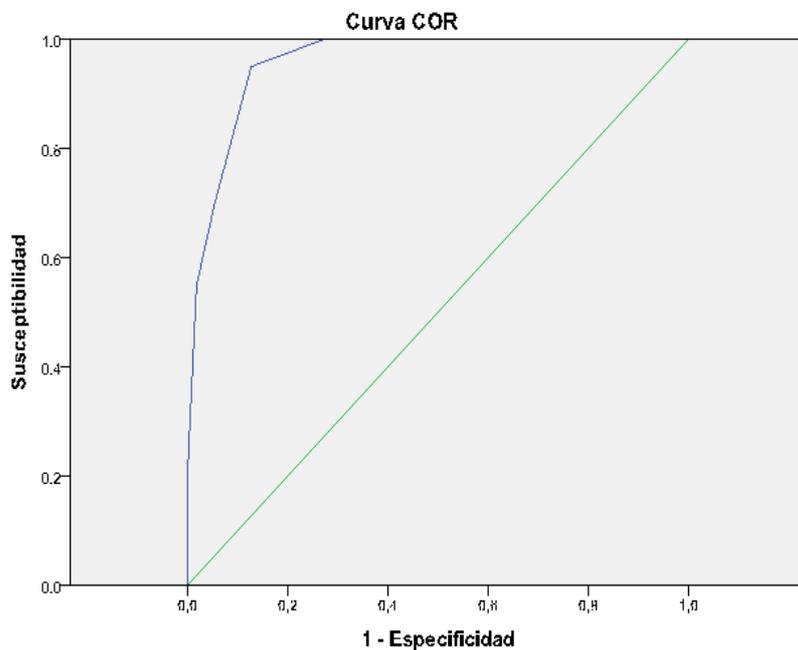
estadístico AUC de 0.894.

Gráfica nº 13



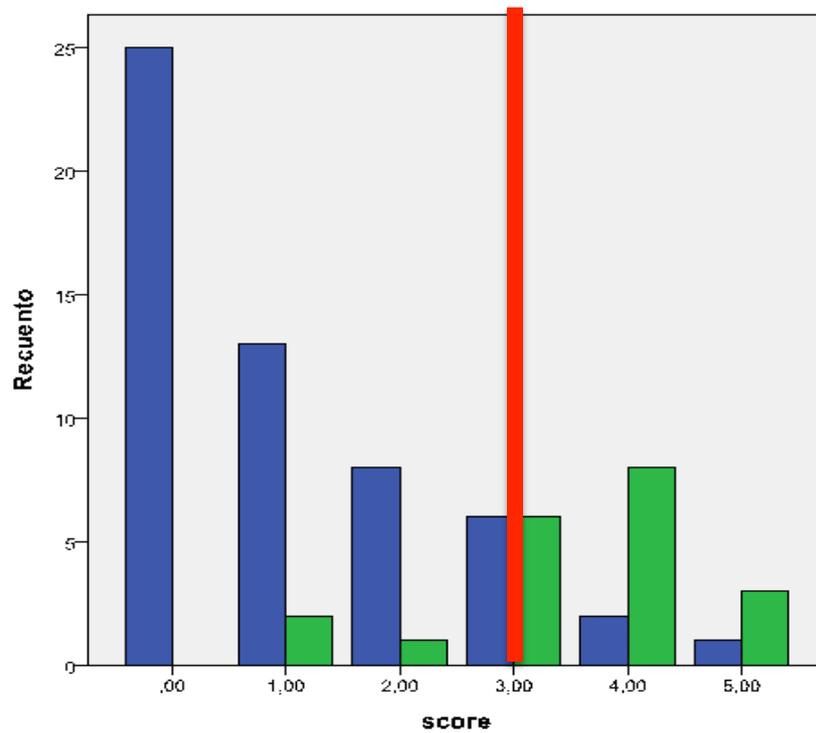
El score fue asimismo aplicado en la muestra de 75 pacientes que fueron sometidos a IPA. Se comprobó, dentro de la misma, su capacidad identificativa de los respondedores, determinándose una curva ROC de AUC 0.753 (gráfica 14), con punto de corte óptimo de 3 (sensibilidad 85% y especificidad 83.6%).

Gráfico nº 14



El Gráfico 15 muestra la distribución del porcentaje de respondedores/no respondedores para cada una de las puntuaciones, comprobándose la asignación hecha por el score en base al punto de corte.

Gráfico nº 15



Punto de corte de score predictivo en 3 puntos (línea roja), distribuyendo los pacientes respondedores (verde) predominantemente a su derecha y no respondedores (azul) predominantemente a su izquierda.

PARTE III. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

PARTE III. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Capítulo 5. Discusión del estudio

5.1 Introducción

El cáncer es un problema sanitario y social de primer orden. Cada año se diagnostican aproximadamente 162.000 casos de cáncer, y aunque los actuales métodos de screening y detección temprana, el consejo genético, las mejoras diagnósticas, los avances de la cirugía, quimioterapia y radioterapia han permitido la curación o el control de esta enfermedad en muchos casos. Sin embargo, el cáncer es en la actualidad la enfermedad más temida⁶³. Sigue estando considerada como prototipo de incurabilidad, sufrimiento, incapacidad y muerte. El hecho real es que el cáncer es una enfermedad con grandes costes personales y sociales, que somete a las personas afectadas y su familia a un gran número de sucesos estresantes asociados al diagnóstico y tratamiento, durante intervalos largos de tiempo, que amenaza su trayectoria vital⁶⁷.

Todo lo que conocemos actualmente del cáncer es el producto de años dedicados a la investigación, pero no sólo destacar los aspectos médicos sino también los aspectos psicológicos que rodean a esta enfermedad y a partir del cual hemos centrado nuestro estudio.

Los profesionales de enfermería que trabajamos con pacientes oncológicos compartimos vivencias con ellos que van más allá de un cuerpo enfermo. El poder determinar el grado de comodidad, conocer lo que sienten a nivel tanto físico como psíquico y sus necesidades, plantea un reto profesional de gran dimensión. Esto permite profundizar en las estrategias necesarias para incorporar cuidados terapéuticos que alivien no solo las molestias físicas, sino también, las molestias psicológicas; tan importantes, pero a la vez tan

olvidadas por los profesionales⁶.

Las fuentes potenciales de estrés a las que ha de hacer frente el paciente con cáncer y sus familiares pueden o no estar presentes en las distintas etapas de la enfermedad. El miedo y la ansiedad pueden considerarse unas constantes en las distintas fases del proceso sanitario. Ambas emociones, tienen carácter universal e influyen en todos los pacientes que, en algún momento, se ven afectados con mayor o menor intensidad. A su vez, la depresión y la ansiedad son dos factores principales de morbilidad psicológica en pacientes oncológicos, que pueden afectar directamente al tratamiento. Teniendo en cuenta que esta es una enfermedad asociada a la muerte, las principales reacciones frente al diagnóstico y al tratamiento son: negación, ira, depresión y ansiedad¹⁰. Pero a pesar de la importancia que tiene la identificación temprana de estos estados, en la mayoría de los casos se produce un retraso al no ser reconocidos hasta cuando presentan un cuadro claramente psicopatológico y desadaptativo¹¹. En otras ocasiones, el paciente oculta información o no acude a la consulta por miedo a noticias adversas sobre su enfermedad. Por este motivo, hemos visto necesario estudiar la ansiedad en el contexto de la enfermedad oncológica y establecer una metodología por parte de enfermería para poder reconocer con prontitud dicha patología, evitarla cuando sea posible o, en su defecto, llevar a cabo un tratamiento de psicoterapia de apoyo con la ayuda de todos los miembros del equipo multidisciplinar.

La ausencia de estudios sobre la actuación enfermera, de lo que podemos llegar hacer con nuestro trabajo, así como la importancia de conocer a cada uno de los pacientes con los que interactuamos: conocer sus miedos, sus inquietudes y sus necesidades, hace imprescindible crear una relación de confianza mutua que permita ayudarles y hacer de su estancia dentro y fuera del hospital un momento de su vida menos duro. A partir de estas ideas, surge la necesidad de conocer mediante un trabajo de investigación, como la actuación protocolizada del profesional de enfermería de una Unidad de Hospital de Día, puede reducir la ansiedad que produce a los pacientes la

aplicación de quimioterapia.

Con este trabajo se busca reivindicar la función más inherente que tenemos los profesionales enfermeros como es el cuidar y tratar. Algo tan básico y tan sencillo, pero a veces tan escaso en nuestro quehacer diario. La enfermería debe cuidar comprendiendo las necesidades de los pacientes y sus familias, sus deseos, sus emociones y sentimientos, mediante intervenciones profesionales que logren una interrelación significativa para el individuo.

5.2 Resultados de la intervención de psicoterapia de apoyo (IPA)

A pesar del gran número de investigaciones que se han producido en estos últimos años a nivel mundial, la asociación entre la aparición de factores psicosociales y progresión del cáncer está todavía sometida a controversia. Los resultados de varios grupos de investigación han aportado evidencia sobre las relaciones entre acontecimientos estresantes de la vida, apoyo social, actitudes de desesperanza, malestar emocional, supresión de emociones negativas y progresión del cáncer. Sin embargo, la evidencia aportada por dichos resultados no es lo suficientemente sólida, fundamentalmente por las deficiencias metodológicas de muchas de las investigaciones que los sustentan y por la evidencia contraria aportada por diferentes estudios análogos, manteniéndose por ello la controversia y necesidad de nuevas investigaciones que aporten nuevos datos sobre la relación entre los factores psicosociales asociados al cáncer.

Existe bastante evidencia acumulada sobre la relación entre cáncer, ansiedad y depresión, señalando como una de las principales líneas de investigación, la centrada en la relación del diagnóstico y el tratamiento con la depresión y ansiedad. Con respecto al estudio de trastornos psicopatológicos en pacientes con cáncer se encuentran investigaciones tales como la de Cano-Vidal y López⁷⁵ que demostraron que el 5% de los pacientes con cáncer presentan trastorno depresivo y el 11% depresión severa y una relación

estadísticamente significativa entre la depresión, la quimioterapia, el estadio tumoral, el dolor y la falta de apoyo familiar. Otro autor muestra otra relación importante entre el estado emocional de los pacientes, la información y el tipo de cáncer⁴⁷. Por otro lado Miranda¹⁰⁷, estudió la influencia de la depresión en el tratamiento y concluyó que no existía una relación estadísticamente significativa pero que los pacientes que respondieron positivamente al tratamiento estaban menos deprimidos. Como es evidente, la mayoría de los estudios se dirigen a la búsqueda de factores que puedan relacionar el cáncer con trastornos mentales, pero ninguno es un estudio experimental que sustente la relación directa de dichos factores.

Con respecto a los estudios sobre ansiedad y cáncer entre los más representativos se encuentra el realizado por Stark⁵⁸, en el que evaluó 178 pacientes con cáncer, de los cuales el 48% se ubicaron dentro del grupo con desorden de ansiedad y se asociaron factores como el ser mujer y apoyo social, lo que demostró que la prevalencia de ansiedad en pacientes con cáncer es relativamente alta. Por otro lado Jovtis⁴⁰, relacionó la ansiedad y los tratamientos de quimioterapia, describiendo que la ansiedad es mayor en dichos pacientes. Una de las investigaciones de mayor influencia para este estudio es la realizada por Gómez⁷⁸, en la cual la depresión esta más presente en aquellas pacientes que llevaban su primer mes de tratamiento de quimioterapia y siendo la ansiedad constante durante todo el tratamiento. Otras variables de mayor interés relacionadas con cáncer, se basan en la comunicación o relación médico – paciente, Castilblanco¹⁷, sugiere que es importante que el personal médico se preocupe por hacer que sus pacientes comprendan y estén dispuestos a compartir la información que sea necesaria. Cita que los oncólogos y cirujanos no le han dado mucha importancia al estado mental de los pacientes, creen que lo único que puede variar los resultados son el tipo de tumor, su estadio, la salud en general y el tratamiento médico; mientras que muchos pacientes y familiares han expresado la necesidad de tener en cuenta aspectos biopsicosociales que interfieren en la evolución de su enfermedad.

Otra investigación relevante es la realizada por Montoya¹⁰⁸ que describe que

los trastornos como ansiedad y depresión son comunes en enfermedades graves como el cáncer, que unido al aislamiento social y perturbación familiar puede generar graves problemas físicos y emocionales para el paciente.

A la vista del impacto que tienen sobre el cáncer los trastornos psicológicos en general y la ansiedad en particular, se hace necesaria una actuación por parte de los profesionales que trabajamos con este tipo de pacientes. Múltiples estudios, la mayoría de ellos prospectivos randomizados (nivel de evidencia A-B), analizan el papel de intervenciones psicoeducacionales, cognitivas y de relajación en el control de la sintomatología ansiosa o ansioso-depresiva asociada al cáncer y su tratamiento. En la evidencia realizada nueve publicaciones ofrecieron conclusiones sobre la eficacia de intervenciones psicosociales en pacientes con cáncer. Siete de ellas, mostraron resultados positivos (Tabla 19). Redd¹⁰⁰ realizó una revisión sistemática de estudios de intervención comportamental para pacientes con cáncer sometidos a tratamiento con quimioterapia. Las recomendaciones de uso de la intervención comportamental se basaron en el hallazgo de que 4 de 5 estudios randomizados y 14 de 15 no randomizados mostraron resultados significativos a favor de la misma. Jacobsen⁶¹, realizó una revisión sistemática de estudios prospectivos randomizados de intervenciones de psicoterapia donde la ansiedad fue ponderada como resultado. Luebbert⁹⁷, realizó una revisión sistemática de 8 estudios prospectivos randomizados a partir de los cuales se comprobó los efectos beneficiosos de las técnicas de relajación en pacientes con cáncer. Siendo de mayor eficacia en casos de depresión. Por su parte, Devine⁸⁸, realizó una revisión sistemática de 55 estudios prospectivos randomizados/no randomizados, donde se recomendaba el uso de intervenciones psicosociales, destacando la psicoeducación y las técnicas de relajación en pacientes con cáncer y ansiedad. Sheard⁹⁰, realizó una revisión sistemática basada en 19 estudios prospectivos randomizados sobre los efectos positivos de las intervenciones psicosociales para prevenir la aparición de ansiedad. Posteriormente, Osborn⁹¹, realizó una revisión sistemática de 4 estudios prospectivos randomizados, donde destacaba el uso de intervenciones de psicoterapia en pacientes con cáncer ansiosos que habían finalizado su tratamiento de quimioterapia en un período inferior a 8

meses. Finalmente Lin⁹⁵, propuso un estudio prospectivo randomizado basado en la aplicación de musicoterapia, que mostró resultados superiores a las técnicas de relajación verbal.

La tabla 19 muestra a modo de resumen los estudios descritos con anterioridad.

Referencia	Intervención	Tipo estudio	Resultados	Conclusiones
Redd et al. ¹⁰⁰	Psicoterapia de apoyo	Randomizado/ no randomizado	Efectos beneficiosos en casos de ansiedad	Tratamiento ansiedad: intervención psicosocial + medicación no invasiva
Jacobsen et al. ⁶¹	Psicosocial y farmacológica	Randomizado	36% estudios destacan el uso favorable de la intervención	Uso de psicoterapia en casos de ansiedad
Luebbert et al. ⁹⁷	Técnicas de relajación	Randomizado	Ansiedad: reducción 45% Depresión: reducción 54%	Mayor efectividad en casos de depresión
Devine et al. ⁸⁸	Psicosocial	Randomizado/ no randomizado	Ansiedad: reducción 56% Resultados positivos en el 95% estudios	Efectos beneficiosos de psicoeducación y técnicas de relajación en ansiedad
Sheard et al. ⁹⁰	Psicosocial como prevención	Randomizado	Ansiedad: reducción 42% Depresión: reducción 36%	Eficacia intervención psicosocial como prevención de ansiedad
Osborn et al. ⁹¹	Psicoterapia de apoyo tras finalizar tratamiento (< 8 meses)	Randomizado	Ansiedad: reducción 69%	Eficacia psicoterapia cognitiva en supervivientes
Lin et al. ⁹⁵	Musicoterapia vs relajación verbal	Randomizado	Ansiedad: Reducción musicoterapia > verbal	Eficacia de la musicoterapia en la reducción de la ansiedad

Por el contrario, 2 de las 9 publicaciones no alcanzaron resultados positivos sobre la eficacia de las intervenciones psicosociales en el control de la ansiedad. Uitterhoeve⁸⁹ se centró en intervenciones psicosociales en pacientes con cáncer avanzado. De los estudios prospectivos randomizados que analizó, 1 de 10 sólo fue positivo para la reducción de la ansiedad. Newell⁹⁴ evaluó los resultados de 25 estudios prospectivos randomizados sobre intervenciones psicosociales, considerándose diferentes metodologías de intervención y dando como resultado positivo la reducción de la ansiedad. En sólo uno de los casos se mostraron resultados favorables de reducción de la ansiedad, que particularmente utilizó la musicoterapia.

El trabajo realizado, dentro de su metodología y contexto de ejecución, utilizó una intervención de psicoterapia basada en la psicoeducación, counselling e imaginación guiada. Los resultados fueron positivos en la reducción del nivel de ansiedad, en el global de los cuatro ciclos de quimioterapia estudiados, con diferencias estadísticamente significativas fundamentalmente concentradas hacia el final del estudio (reducción global de la puntuación HAS 26.2%; $p < 0.014$). Este factor pudiera deberse a una reducción de la ansiedad en ambos grupos por la propia experiencia una vez iniciado el proceso de tratamiento. Sin embargo, la IPA contribuiría a mantener esa reducción en los ciclos posteriores. Los resultados obtenidos son concordantes con la literatura revisada y apoyan el beneficio de la aplicación de psicoterapia de apoyo en el contexto del tratamiento quimioterápico en hospital de día.

5.3 Evolución de la ansiedad durante el tratamiento con quimioterapia

El papel de la evolución de la ansiedad durante el tratamiento de quimioterapia y, en general, durante todo el proceso que comporta la enfermedad oncológica, está en relación con diferentes características socio-demográficas del enfermo, fundamentalmente referidas a su red de apoyos, edad y situación vital (edad, situación laboral, descendencia). El

impacto de dichas variables sobre la ansiedad en el contexto de la enfermedad oncológica ha sido pobremente estudiado en la literatura. No obstante, existe interesantes vertiente de estudios que hacen hincapié en el análisis de la relación entre cáncer, ansiedad y depresión, señalando dos líneas principales de investigación, por un lado la relación del diagnóstico y el tratamiento con la depresión y ansiedad; y por otro lado el cáncer como consecuencia de la depresión. Entre los autores más destacados que han estudiado el cáncer como consecuencia de la depresión, se encuentran Dalton⁷⁰, en su estudio sobre depresión y riesgo de cáncer en Dinamarca, estudió 89491 adultos que habían sido ingresados en un hospital por depresión. La incidencia de cáncer en esta población fue de 9922 casos diagnosticados. Estos resultados le llevaron a la conclusión que la depresión es independiente del incremento en el riesgo de cáncer. Sin embargo, Carney¹⁰⁹, demuestra la importancia de estos estudios con respecto algunos tipos de cáncer en especial. Realizó un estudio retrospectivo en hombres con y sin desórdenes mentales, donde concluye que los hombres con desórdenes mentales son más propensos a desarrollar cáncer pancreático que los que no tienen. La depresión comúnmente precede al cáncer pancreático que a cualquier otro mal gastrointestinal o otros tipos de cáncer.

A raíz de la anterior evidencia, se argumenta la necesidad de llevar a cabo un estudio del papel de las variables directamente relacionadas con el desarrollo y evolución de trastornos de ánimo en el contexto de la enfermedad oncológica. El estudio en este campo podría aportar nueva evidencia y tener una aplicabilidad clínica en la prevención de estos trastornos, identificando grupos de población de riesgo y; en caso de ocurrir, limitar su progresión. Con ello, podría limitarse la aparición de ciertos tipos de cáncer y, de presentarlo ya, mejorar el control de los síntomas asociados a la enfermedad y el comfort del paciente.

En el estudio realizado, se observó que las variables: edad, nivel sociocultural, número de hijos y estado civil se asociaron con diferencias significativas en la evolución del nivel de ansiedad, de forma sostenida a lo largo de los cuatro

primeros ciclos de tratamiento quimioterápico estudiados. Los pacientes de edad inferior mostraron niveles de ansiedad más elevados, mostrando esta correlaciones con $r > 0.7$ (fuerte) ; $p < 0.05$ en todos los ciclos estudiados. En lo que respecta al nivel sociocultural, los pacientes presentaron niveles de ansiedad superiores para niveles socioculturales más altos, en probable relación con una mejor comprensión y conocimientos del proceso de la enfermedad, su tratamiento y las consecuencias de ambos. En lo que respecta a los apoyos sociales, aquellos sin apoyo conyugal y sin descendencia mostraron un nivel de ansiedad superior de forma sostenida. No sólo considerado el hecho de tener o no hijos sino que, el número de los mismo se comportó como un factor reductor de la ansiedad, presentando de forma continua menores niveles de ansiedad aquellos pacientes con mayor descendencia, aunque no alcanzó la significación estadística. El papel del sexo reflejó niveles de ansiedad sostenidamente superiores en la población femenina sin hallarse diferencias estadísticamente significativas. No fueron halladas asociaciones relevantes en relación al diagnóstico y el nivel de ansiedad presentado a lo largo de los ciclos, en probable relación a la heterogeneidad de la variable.

De forma muy relevante y, de acuerdo con lo expresado por Dunn⁴⁴ en su estudio, donde el nivel de ansiedad permanece aproximadamente de forma sostenida a lo largo de todo el proceso terapéutico, se aprecia un descenso paulatino ligero de la puntuación HAS a lo largo de los diferentes ciclos, sea cualesquiera la variable que se considere. Este hecho puede estar en probable relación al efecto de la experiencia anteriormente mencionado en el comportamiento análogo entre los grupos de IPA/no IPA. No obstante, en relación a algunas de las variables mencionadas, estas diferencias son estadísticamente significativas. Por ello, merece especial atención el nivel de ansiedad al inicio del tratamiento que será motivo de análisis en el apartado siguiente.

5.4 Estudio del nivel de ansiedad al inicio del tratamiento con quimioterapia. Factores clínico-demográficos implicados

El nivel de ansiedad presentado al inicio de tratamiento con quimioterapia marca, según la experiencia obtenida en nuestro estudio y apoyada por la revisión de la literatura, el nivel de ansiedad que se mantendrá a lo largo de todo el curso terapéutico. Por ello, resulta fundamental la identificación de aquellos factores clínico-demográficos relacionados con un nivel de ansiedad aumentado. Derogatis⁵⁴ mostró que un 35% de la muestra presentaban síntomas que requerían tratamiento psicológico, fundamentalmente eran los pacientes con tumores con peor pronóstico (cáncer de pulmón, cerebral, páncreas e hígado), más jóvenes, con menor estatus socioeconómico, educativo y apoyos sociales. Burgues⁵⁵, en un trabajo con 222 mujeres a las que siguió durante 5 años, mostró que el 45% de las mujeres que tuvieron recaídas experimentaron depresión, ansiedad o ambas en los 3 meses siguientes al diagnóstico de la recidiva. Los trastornos de ansiedad y depresión estaban asociados a trastornos psicológicos previos, carencia de apoyo social, ser más joven y haber sufrido acontecimientos estresantes previos. Kissane⁵⁶ evaluó la morbilidad psicológica en mujeres con cáncer de mama en estadio precoz (303) y con cáncer avanzado (200) mediante una entrevista psicopatológica estructurada, medidas de autoinforme para evaluar la morbilidad psiquiátrica, calidad de vida y actitud ante el cáncer. Los resultados mostraron que los trastornos de ansiedad estaban presentes en el 8,6% de la muestra de pacientes con estadios precoces y el 65% en la enfermedad avanzada. La fatiga, una historia anterior de depresión, actitudes cognitivas de indefensión, desesperanza o resignación predecían la depresión en los dos grupos. Dunn⁴⁴ observó en 167 pacientes que los subgrupos de mujeres, jóvenes y aquellos que tenían hijos, presentaban niveles de ansiedad superiores.

En nuestra experiencia los subgrupos de pacientes de menor edad, nivel sociocultural mayor y carencia de hijos presentaron niveles de ansiedad mayores previo al inicio de tratamiento con quimioterapia. A excepción de la tercera variable, los resultados son concordantes con los estudios

anteriormente citados. La diferencia respecto de la tendencia de la variable número de hijos, podría estar justificada por aspectos culturales diferentes entre las poblaciones de los estudios y de nuestro medio. Esto es, la tenencia de hijos podría contemplarse como un factor estresante ante la idea de desamparo por causa de la enfermedad o como una red de apoyo reforzada para hacerla frente.

De forma análoga a lo registrado en los anteriores estudios, los subgrupos de mujeres y los pacientes con red de apoyo social limitada en lo que se refiere al apoyo conyugal, presentaron niveles de ansiedad superiores aunque no alcanzaron la significación estadística.

La posibilidad de respuesta a la intervención de psicoterapia de apoyo (IPA) podría ser mayor en aquellos subgrupos de pacientes que presentan mayores niveles de ansiedad al inicio de tratamiento, ofreciendo así, un mayor beneficio en el control sintomático respecto de aquellos con mejor control de este aspecto. Por ello, basados en estos resultados, se hace necesaria la identificación de dicho grupo de pacientes de riesgo que más podrían beneficiarse de la aplicación de la IPA. Este aspecto será motivo de análisis en el siguiente apartado.

5.5 Selección de candidatos a intervención de psicoterapia de apoyo: optimización de resultados

A fin de optimizar los resultados de la aplicación de la intervención de psicoterapia de apoyo, se trató de identificar aquel grupo de pacientes en los que, por sus características preintervención, presentaron mejor respuesta en reducción de ansiedad. Dicho planteamiento surge de la aplicación del protocolo de intervención de psicoterapia en un contexto con limitada disponibilidad de recursos, tanto materiales como humanos y tiempo. Por ello, aunque la aplicación de forma universal, a todos los pacientes tratados en hospital de día, sería deseable; su integración en la práctica cotidiana de nuestro medio resultaría utópica. Para ello, es necesario establecer punto de corte o criterios discriminadores identificativos de aquellos pacientes que

mejor respondiesen a la intervención de psicoterapia, siempre procurando optimizar dicha asignación, minimizando la incursión en errores de asignación (falsos positivos/negativos). En la literatura revisada, no existen trabajos que propongan una idea o metodología similar a la llevada a cabo en el trabajo para el ámbito de las intervenciones de psicoterapia en población oncológica. Por ello se aporta nueva evidencia científica útil y reproducible. De los modelos propuestos, resultaron de aplicabilidad práctica el análisis de la puntuación de la escala HAS y el score multivariante. La escala HAS carece de un punto de corte discriminador del grado de ansiedad incrementado. Por ello se propuso uno por el análisis de la muestra estudiada que demostró un VPG próximo a la unidad. El modelo de score tuvo una capacidad predictiva inferior pero, su VPG > 70% confirmaron asimismo su utilidad para integrarlo en el protocolo de actuación de la práctica cotidiana.

5.6 Limitaciones del estudio

Las limitaciones halladas en el diseño y desarrollo del trabajo expuesto fueron:

- Tanto el diseño como la recogida de datos fueron llevados a cabo de forma prospectiva. No obstante, el número de casos incluido fue limitado (150), hecho común a la mayoría de estudios con orientación prospectiva publicados en el ámbito de la Psicooncología. En nuestro caso, como en el de otros grupos, este hecho se justificó por el volumen de pacientes sometidos a tratamiento quimioterápico en nuestra unidad.
- El contexto de realización del estudio y, por consiguiente, de obtención de los resultados; fue llevado a cabo en un único centro por un único investigador. La intervención de psicoterapia fue aplicada por el investigador siguiendo las directrices de un psicooncólogo. Por ello, el trabajo careció de ningún sistema de enmascaramiento entre la distribución de grupos, la intervención y el análisis.

- Los resultados de respuesta y el grado de la misma a la intervención de psicoterapia son dependientes de la relación paciente-profesional que la aplica. En el contexto del trabajo, la intervención de psicoterapia fue aplicada por un único profesional de enfermería lo que podría haber influido en los resultados obtenidos, no extrapolables, por ejemplo, a otras situaciones particulares con otros profesionales que aplicasen la intervención. No obstante, el trabajo propone una metodología válida y reproducible que podría, a fin de corregir las limitaciones de este y el anterior punto, la reproducción del mismo en el contexto de un estudio unicéntrico con múltiples profesionales (enfermería, psicooncólogos, oncólogos) o multicéntrico, que permitiesen una mayor independencia del *“factor terapeuta”*.

- La inclusión de pacientes se llevó a cabo de forma consecutiva, no seleccionada. Aunque no se hallaron diferencias significativas dentro de los grupos de estudio, una muestra de tamaño superior probablemente hubiera puesto de manifiesto sesgos de selección no controlados. Sin embargo, la distribución de los pacientes en los grupos de estudio fue llevada a cabo de forma aleatorizada a fin de contrarrestar este sesgo.

- Dicha inclusión, sin embargo, no atendió al origen de los pacientes tanto si el tratamiento de quimioterapia era el primero del proceso terapéutico de su enfermedad oncológica como si han pasado por procesos terapéuticos previos como cirugía y/o radioterapia. La acumulación de proceso terapéuticos previos podría impactar en la situación anímica y grado de ansiedad presentado por los pacientes. No obstante, se han tenido predominantemente en cuenta los resultados de variación del grado de ansiedad de los mismos pacientes en los sucesivos ciclos para minimizar este factor, si bien la respuesta mostrada a la IPA también podría verse alterada.

- El seguimiento fue llevado a cabo durante 4 ciclos de quimioterapia

consecutivos en la totalidad de la muestra de pacientes dado que se consideró un periodo suficiente para la obtención de resultados y común a la mayoría de protocolos de quimioterapia. Se desconoce la evolución de la ansiedad y el efecto de la IPA sobre la misma en seguimientos superiores aunque, no obstante, la aplicación de la intervención se orientó fundamentalmente a un periodo de elevada ansiedad como es el inicio de los ciclos de tratamiento. Evoluciones posteriores podrían estar influidas por otros factores incluida la evolución de la enfermedad y los resultados podrían verse alterados por las pérdidas en el seguimiento que pudieran ocurrir. Por ello, los resultados de éxito de la intervención de psicoterapia sólo pueden ser referidos a dicho periodo de estudio durante las fases precoces del inicio de tratamiento de quimioterapia.

- El parámetro utilizado para ponderar el nivel de ansiedad fue la escala de ansiedad Hamilton. Aunque este instrumento no ha sido diseñado específicamente para el diseño del estudio, constituye una herramienta ya validada. Asimismo, estudios análogos reproducen similar metodología con otras escalas validadas, incluida la HAS.

- Las limitaciones anteriormente expresadas restringen la validez externa de los resultados obtenidos. No obstante, se expone una metodología válida y reproducible que, aplicada en el seno de otra/s institución/es o sociedad/es permitiría el desarrollo de estándares de actuación aplicables a la práctica clínica general.

- Los modelos de selección de pacientes respondedores han sido obtenidos a partir de la muestra estudiada. Asimismo, sus resultados han sido expresados para dicho grupo de pacientes. Ello conlleva una alta validez interna de los modelos pero, carencias en la comprobación de su extrapolabilidad a poblaciones de otros pacientes oncológicos. Serían planteables investigaciones futuras para la comprobación de la aplicabilidad a la práctica cotidiana para valorar su validez externa.

Capítulo 6. Conclusiones del estudio

Las conclusiones obtenidas de los resultados del estudio desarrollado son:

1. La intervención de psicoterapia de apoyo (IPA) realizada por enfermería, puede ser eficaz en el control de la ansiedad en el periodo inicial de las sesiones de quimioterapia en los pacientes tratados en la Unidad de Hospital de día.

2. La intervención de psicoterapia de apoyo puede ser aplicada por personal de enfermería con el apoyo del psicooncólogo de forma integrada en la práctica diaria de la unidad de hospital de día.

3. Las variables: edad, nivel sociocultural, número de hijos y estado civil se asociaron con diferencias significativas en la evolución del nivel de ansiedad a lo largo de los cuatro primeros ciclos de tratamiento estudiados; en el sentido de que los pacientes con menor edad, nivel sociocultural más alto, ausencia de descendencia y carencia de apoyo conyugal presentaron niveles de ansiedad mayores. Por el contrario, no hubo diferencias significativas entre sexo y diagnóstico, aunque en la primera variable el nivel de ansiedad fue clínicamente superior en las mujeres de forma sostenida en todos los ciclos.

4. Previo al inicio de tratamiento con quimioterapia las variables: edad, número de hijos y nivel sociocultural se asociaron de forma significativa con niveles de ansiedad superiores, con tendencias análogas a las expresadas en el apartado anterior.

5. Se propone una metodología para desarrollo de un modelo selectivo de pacientes respondedores a la IPA aplicable dentro del protocolo de actuación de la práctica cotidiana para optimizar los resultados de la intervención. De los dos modelos desarrollados, la puntuación HAS por sí

misma, presentó un mejor ajuste con un valor predictivo global (VPG) de 94,1% superior al score propuesto en el trabajo (VPG) de 75,3%.

PARTE IV. BIBLIOGRAFÍA

PARTE IV. BIBLIOGRAFÍA

- 1.** Martínez C, Peris R, Sánchez MJ. Epidemiología descriptiva del cáncer en España. En: Federación de Sociedades Españolas de Oncología (FESEO). Tercer Libro Blanco de la Oncología en España. Madrid: Editorial Ergón; 2001: 1-32.

- 2A.** González A, González MJ. Los programas de detección precoz del cáncer de mama en España. *Psicooncología*. 2007, 4(2-3): 249-64.

- 2B.** Etzioni R, Penson DF, Legler JM, di Tommaso D, Boer R, Gann PH, et al. Overdiagnosis Due to Prostate-Specific Antigen Screening: Lessons From U.S. Prostate Cancer Incidence Trends. *J Natl Cancer Inst*. 2002;94:981-90.

- 3.** Cruzado JA. Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer. Madrid: Editorial Síntesis; 2010.

- 4.** Holland J, Rowland J. Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer. Nueva York: Editorial Oxford University Press; 1989: 785.

- 5.** Stearns NM, Lauria MM, Hermann JF, Fogelberg PR. Oncology social work: a clinician's guide. Atlanta: Editorial GA; 1993: 199-236.

- 6.** García I. Valor terapéutico de la enfermería. *Enferm Oncológica*. 2002, 7(1): 13-25.

- 7.** Soler MD, Garcés V, Zorrilla I. Cáncer y cuidados enfermeros. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2007.

- 8.** Kérouac S, Pepin J, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Editorial Masson; 1996: 23-58.

- 9.** Benavent A, Ferrer E, Francisco C. Fundamentos de Enfermería. En: Colección Enfermería S21. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2000.

- 10.** Gill M, Roca M. Trastornos afectivos en oncología. En: Roca M, Bernardo M (Eds.). Trastornos depresivos en patologías medicas. Barcelona: Editorial Masson; 1996: 64-80.
- 11.** Zabel C. Predictores de morbilidad psicológica en pacientes con cáncer. Boletín de psicología 2. 2000: 12-15.
- 12.** Ibáñez T. Ideologías de la vida cotidiana. En: Psicología de las representaciones sociales. Barcelona: Editorial Sendai; 1988.
- 13.** Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Editorial Atenea Digital; 2002.
- 14.** Llopis D, Pons J, Berjano E. Evaluación diferencial de la imagen social de los consumidores de drogas. Psicothema. 1996, 8(3): 465-74.
- 15.** Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici S (Ed.). Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona: Editorial Paidós; 1986.
- 16.** Pérez A. La teoría de las representaciones sociales. Psicologíaonline.com; 2007 (revista online).
- 17.** Castiblanco A, Delgado C. Una buena relación médico-paciente. En: Boletín de Psicología, 4; 2001: 2-7.
- 18.** Pfeifer KA. Fisiopatología. En: Otto SE. Enfermería oncológica. Barcelona: Ediciones Harcourt Brace; 1999: 3-21.
- 19.** Belcher AE. Enfermería y cáncer. Madrid: Ediciones Mosby-Doyma; 1995: 1-17.
- 20.** Gómez M. Enfermedad terminal y medicina paliativa. En: Gómez Sancho, M.

Avances en cuidados paliativos. Las Palmas: Editorial Gafos; 2003: 93-112.

21. Die M. Psicooncología. Madrid: Editorial Ades; 2003.

22. Bayés R. Psicología oncológica. Barcelona: Editorial Martínez Roca; 1985.

23. De la Fuente R. Psicología Médica. México: Editorial FCE; 1998.

24. Rojas-May G. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. Rev. Med. Clin. Condes. 2006; 17(4): 194-97.

25. Cruzado JA, Labrador FJ. Intervención psicológica en pacientes de cáncer. Revisiones en Cáncer (Madrid). 2000, 14(2), 63-82.

26. Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Editorial Martínez Roca; 2001: 13-15.

27. Callahan D. Death and the research imperative. N Engl J Med. 2000; 343: 654-6.

28. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE, núm. 128 de 29 de mayo de 2003.

29. Recomendación 1418 (1999) Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos. Consejo de Europa, 25 de junio de 1999.

30. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2000. ISBN 84-7670-604-9.

31. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE, núm. 102 de 29 de abril de 1986.

32. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación

clínica. BOE, núm. 274 de 15 de noviembre de 2002.

33. Pérez de Abajo JA. Repercusiones psicológicas del cáncer. En: Álvarez JA (Ed.). El cáncer, proceso oncológico integral. León: Editorial Gráficas Alse; 2006: 195-203.

34. Costa M, López E. Manual para la ayuda psicológica. Madrid: Editorial Pirámide; 2006.

35. Vernon SW, Gritz ER, Peterson WK, Amos CI, Perz CA, Baile WF, Lynch PM. Correlates of psychologic distress in colorectal cancer patients undergoing genetic testing for hereditary colon cancer. *Health Psychology*. 1997; 16(1): 73-86.

36. Meisser B, Butow B, Barratt A, Suthers G, Smith M, Colley A, Thompson E, Tucker K. *J Med Genet*. 2000; 37: 472-6.

37. Saura RM, Gimeno V, Blanco MC, Colomer R, Serrano P, Acea B, Otero M, Pons JMV, Calcerrada N, Cerdà T, Clavería A, Xercavins J, Borràs JM, Macià M, Espin E, Castells A, García O, Bañeres J. Desarrollo de indicadores de proceso y resultado y evaluación de la práctica asistencial oncológica. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2006/02.

38. Moorey S, Greer S. Cognitive behaviour therapy for people with cancer. Nueva York: Editorial Oxford University Press; 2002.

39. Contrada RJ, Leventhal E, Anderson JR. Psychological preparation for surgery: Marshalling individual and social resources to optimize self-regulation. En: Maes S, Johnson M, Leventhal H (Eds.). *International yearbook of health psychology*, 3. Nueva York: Editorial Wiley; 1994:219-66.

40. Jovtis SL, Pazos C, Schettini E, Morera F, Fiseman N. La ansiedad y los tratamientos quimioterapicos. *Revista Argentina Cáncerología*. 1994; 22: 140 -158.

- 41A.** Hewitt ME. Meeting psychology needs of women with breast cancer. Washington: Editorial National Academies Press; 2004.
- 41B.** Silver JK. Cancer rehabilitation and its role in improving health outcomes and reducing health care costs. *Semin Oncol Nurs.* 2015;31(1):13-30.
- 42.** Hegelson VS, Snyder P, Seltman H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology.* 2004; 23: 3-15.
- 43.** Knobf MT. Psychosocial responses in breast cancer survivor. *Seminars in Oncological Nursing.* 2007; 23: 71-83.
- 44.** Dunn LB, Aouizrat BE, Cooper BA, Dodd M, Li K, West C, Paul SM, Wara W, Swift P, Miaskowski C. Trajectories of anxiety in oncology patients and family caregivers during and after radiation therapy. *Eur J Oncol Nurse.* 2011; 13.
- 45.** Zapatero A, Pérez A. Respuesta psicológica al tratamiento del paciente con cáncer: reacción-adaptación. En: García-Camba E (Ed.). *Manual de psicooncología.* Madrid: Editorial Grupo Aula Médica; 1999; 91-112.
- 46.** Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, Ferrell BR, Loscalzo M, Meier DE, Paice JA, Peppercorn JM, Somerfield M, Stovall E, Von Roenn JH. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *JCO.* 2010; 30(8): 880-7.
- 47.** Lloyd-Williams M. Depression in palliative care patients – a prospective study. *American Journal of Psychiatry.* 2001; 158: 1252–7.
- 48.** Bayés R. *Afrontando la vida, esperando la muerte.* Madrid: Editorial Pirámide; 2006.
- 49.** Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. *Cuidados paliativos.* Barcelona:

Editorial Ariel; 2003.

50. De Cáceres ML, Ruiz F, Germá JR, Busquets JC. Manual para el paciente oncológico y su familia. Madrid: Pfizer; 2007

51A. NCCN practice guidelines for the Management of psychosocial distress. National Comprehensive Cancer Network. Oncology (Williston Park). 1999; 13: 113-47.

51B. Albrecht TA. Physiologic and psychological symptoms experienced by adults with acute leukemia: an integrative literature review. Oncol Nurs Forum. 2014;41(3):286-95.

52. Zabora J, Brintzenhofe K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. (2001): The prevalence of psychological distress by cancer site. Psycho-Oncology. 2001; 10(1): 19-28.

53. Derogatis LR. BSI-18: Administration, scoring and procedures manual. Minneapolis: National Computer Systems; 2000.

54. Hegel MT, Moore CP, Collins ED, Kearing S, Gillock KL, Rigs RL, Clay KF, Ahles TA. Distress, psychiatric syndromes, and impairment of función in women whit newly diagnosed breast cancer. Cancer. 2006; 107(12): 2924-31.

55. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramírez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. Brithish Medical Journal. 2005; 330: 702.

56. Kissane DW, Grabsch B, Love A, Clarke DM, Bloch S, Smith GC. Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2004; 38: 320-6.

57. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J. The prevalence of psychiatric disorders

among cancer patients. *JAMA*. 1983; 751-7.

58. Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, Selby P. Anxiety disorders in cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*. 2002; 20: 3137-48.

59. Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. *Brit J Med Psychiatry*. 1969; 3: 76-9.

60. Maté J, Hollenstein MF, Gil FL. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Rev Interdiscip Psicooncol*. 2004; 1(2-3): 211-30.

61. Jacobsen PB, Donovan KA, Swaine ZN. Management of anxiety and depression in adult cancer patients: Howard and evidence-based approach. En: Chang AE, Ganz PA, Hayes DF (Eds.). *Oncology: An evidence-based approach*. Nueva York: Editorial Springer-Verlang; 2006: 1552-79.

62. Lee-Jones C, Humphis G, Dixon R, Bebbington M. Fear of cancer recurrence – a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-oncology*. 1997; 6: 95-105.

63. Nylena M. Fear of cancer among patients in general practice. *Scand J Prim Health Care*. 1984; 2: 24-6.

64. Miller LE. Sources of uncertainty in cancer survivorship. *J Cancer Surviv*. 2012; 6: 431-40.

65. Vos MS, De Haes J. Denial in cancer patients, an explorative review. *Psycho-oncology*. 2007; 16(1): 12-25.

66. Kunzmann V, Grün D. Age differences in emotional reactivity: the sample case of sadness. *Psychology and aging*. 2005; 20(1): 47-59.

67. Cruzado JA, Labrador FJ. Modificación de conducta en pacientes con cáncer.

Revista Española de Terapia del Comportamiento. 1999; 8(3): 225-59.

68. Rowland JH, Baker F. Introduction: resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer*. 2005; 104(11): 243-8.

69. Rodríguez FL. Aspectos psiquiátricos del paciente oncológico. En: Álvarez JA. (Ed.). *El cáncer, proceso oncológico integral*. León: Editorial Gráficas Alse; 2006: 627-37.

70. Dalton S, Mellennkjaer I, Mortensen P, Johansen C. Depresión and cáncer risk. *American Journal of epidemiology*. 2002; 155: 1088-95.

71A. Cano-Vidal MC, López C. La depresión en la consulta psico-oncológica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2001; 9: 99-120.

71B. Paterson C, Jones M, Rattray J, Lauder W. Exploring the relationship between coping, social support and health-related quality of life for prostate cancer survivors: a review of the literature. *Eur J Oncol Nurs*. 2013;17(6):750-9.

72A. Jacobsen PB, Jim HS. Psychosocial interventions for anxiety and sepression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA Cancer J Clin*. 2008; 58: 214-30.

72B. Galway K, Black A, Cantwell M, Cardwell CR, Mills M, Donnelly M. Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov 14;11:CD007064.

73. García P. Estrategias de afrontamiento de la enfermedad (coping) y cáncer. En: García-Camba E. (Ed.). *Manual de psicooncología*. Madrid: Editorial Grupo Aula Médica; 1999: 126-41.

74A. García-Camba E. Psiquiatría de enlace y cáncer. En: García-Camba E. (Ed.).

Manual de psicooncología. Madrid: Editorial Grupo Aula Médica; 1999: 1-38.

74B. Nicholls W, Hulbert-Williams N, Bramwell R. The role of relationship attachment in psychological adjustment to cancer in patients and caregivers: a systematic review of the literature. *Psychooncology*. 2014;23:1083-95.

75. Cano-Vidal MC, López C. (1999). La consulta psico-oncológica. La depresión en cáncer de mama. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 1999; 8: 141-56.

76. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Editorial Grijalbo; 1997.

77. Maté J, Mateo D, Bayés R, Bernaus M, Casas C, González-Barboteo J, Limonero JT, López-Postigo M, Sirgo A, Viel S. Elaboración y propuesta de un instrumento para la detección de malestar emocional en enfermos al final de la vida. *Psicooncología*. 2009; 6(2-3): 505-16.

78. Gómez F, Albuquerque R, Barros M, Symone P. Depressão e ansiedade em pacientes com câncer de mama. *Journal of Brasil Psiquiatric*. 2001; 47: 285-9.

79. Grahn G. Coping with the cancer experience. Developing an education support programme for cancer patients and their significant others. 1996; 5(3): 176-81.

80. Savard J, Morin CM. Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *J Clin Oncol*. 2001; 19: 895-908.

81. Ballesteros M, Cruzado JA, Lozano A, Sánchez P. (2005). Evaluación y tratamiento psicológico de un caso de cáncer de colon con fobia a la quimioterapia y trastorno adaptativo. *Rev Interdiscip Psicooncol*. 2005; 2(1): 139-48.

82A. Tannenhaus N. Cáncer. España: Editorial Cúpula; 1988.

82B. Hoon LS, Chi Sally CW, Hong-Gu H. Effect of psychosocial interventions on

outcomes of patients with colorectal cancer: a review of the literature. *Eur J Oncol Nurs.* 2013;17(6):883-91.

83. Ribeiro L. La comunicación eficaz. Barcelona: Editorial Urano; 1997: 10-11.

84A. Phaaneuf M. Cuidados de enfermería: el proceso de atención de enfermería. Madrid: Editorial Interamericana-McGraw-Hill; 1993.

84B. Cook O, McIntyre M, Recoche K. Exploration of the role of specialist nurses in the care of women with gynaecological cancer: a systematic review. *J Clin Nurs.* 2015;24(5-6):683-95.

85A. Font A. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. En: Pérez M, Fernández JR, Fernández C, Amigo I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. *Psicología de la salud.* Madrid: Editorial Pirámide; 2003: 57-92.

85B. Freire ME, Sawada NO, de Franca IS, da Costa SF, Oliveira CD. Health-related quality of life among patients with advanced cancer: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(2):357-67.

86. Arranz P, Barbero J. Intervención emocional en cuidados paliativos. Barcelona: Editorial Ariel; 2003.

87. Grus A, Grahn G. Información, educación y consejo: aspectos esenciales del tratamiento de apoyo a los enfermos de cáncer. En: Klastersky J; Schimpff S, Senn HJ. *Supportive care in cancer. A Handbook for oncologists.* Nueva York: Editorial Marcel Dekker Inc.; 1999; 1-20.

88. Devine EC, Westlake SK. The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analyses of 116 studies. *Oncol Nurs Forum.* 1995; 22: 1369-81.

89. Uitterhoeve RJ, Vernooy M, Litjens ZN. Psychosocial interventions for patients

whit advanced cancer - a systematic review of the literature. *Br J Cancer*. 2004; 91: 1050-62.

90. Sheard T, Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer*. 1999; 80: 1770-80.

91. Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety and quality of life in cancer survivor: meta-analyses. *Int J Psych Med*. 2006; 36: 13-34.

92. Fanning P. Visualización, autocuración y bienestar. Barcelona: Editorial Robin Book; 1993.

93. Walker LG, Walker MB, Ogston K. Psychological, clinical and pathological effects on relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy. *Br J Cancer*. 1999; 80(1-2): 262-68.

94. Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst*. 2002; 94: 558-84.

95. Lin MF, Hsieh IJ, Hsu II, Fetzer S, Hsu MC. A randomised controlled trial of the effect of music therapy and verbal relaxation on chemotherapy - induced anxiety. *J Clin Nurse*. 2011; 20(7-8): 988-99.

96. Vázquez C. Técnicas cognitivas de intervención clínica. Madrid: Editorial Síntesis; 2003.

97. Luebbert K, Dahme B, Hasenbring M. The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psychooncology*. 2001; 10: 490-502.

- 98.** Wilson K, Luciano C. Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Editorial Pirámide; 2002.
- 99.** Páez MB, Luciano C, Gutiérrez O. La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al cáncer. *Psicooncología*. 2005; 2(1): 49-79.
- 100.** Redd WH, Montgomery GH, Duhamel KN. Behavioral intervención for cancer treatment side effects. *J Natl Cancer Inst*. 2001; 93: 810-23.
- 101.** Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the state/trait anxiety inventory. Palo Alto: Editorial Consulting Psychologists Press; 1970.
- 102.** Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol*. 1959; 32: 50-5.
- 103.** Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 1983: 361-70.
- 104.** Caro I, Ibañez E. La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. *Boletín de Psicología*. 1992; 36: 43-69.
- 105.** Lobo A, Camorro L, Luque A. Validación de las versiones en español de la Montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica*. 2002; 118(13): 493-9.
- 106.** Álvarez R. Estadística aplicada a la s ciencias de la salud. Madrid: Editorial Diaz de Santos; 2007.
- 107.** Miranda C, De Resende C, Melo CF, Costa A, Friedman H. (2002). Depression before and alter uterine cerviz and breast cancer neoadjuvant chemotherapy. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2002; 12: 773-6.

108. Montoya D. Importancia del soporte psicosocial para los pacientes con cáncer. Boletín de Psicología 1. 1999.

109. Carney CP, Jones L, Woolson R, Noyes R, Doebbeling B. (2002). Relación entre depresión y cáncer pancreático en la población general. Journal of the Royal Society of Medicine. 2002; 58: 115- 20.

PARTE V. ANEXOS

PARTE V. ANEXOS

Anexo 1. Tabla de registro randomizado

La tabla fue aplicada independientemente para hombres y mujeres a fin de garantizar la paridad de sexos en la muestra en general y en cada uno de los grupos de estudio en particular.

1. Intervención	27. Intervención
2. No intervención	28. No intervención
3. Intervención	29. Intervención
4. Intervención	30. Intervención
5. No intervención	31. Intervención
6. No intervención	32. No intervención
7. Intervención	33. No intervención
8. Intervención	34. Intervención
9. Intervención	35. No intervención
10. Intervención	36. No intervención
11. Intervención	37. Intervención
12. No intervención	38. No intervención
13. Intervención	39. No intervención
14. Intervención	40. Intervención
15. No intervención	41. No intervención
16. Intervención	42. Intervención
17. No intervención	43. No intervención
18. Intervención	44. Intervención
19. Intervención	45. No intervención
20. No intervención	46. Intervención
21. No intervención	47. No intervención
22. Intervención	48. Intervención

23. Intervención	49. No intervención
24. No intervención	50. No intervención
25. Intervención	51. No intervención
26. Intervención	52. Intervención
53. No intervención	66. No intervención
54. Intervención	67. Intervención
55. No intervención	68. No intervención
56. No intervención	69. No intervención
57. No intervención	70. Intervención
58. Intervención	71. No intervención
59. No intervención	72. No intervención
60. Intervención	73. No intervención
61. Intervención	74. No intervención
62. No intervención	75. Intervención
63. Intervención	76. No intervención
64. Intervención	
65. No intervención	

Anexo 2. Hoja de registro

Datos identificación	
NHC	
Nombre	
Fecha nacimiento	____ / ____ /19__
Edad	_____ años
Fecha encuesta	____ / ____ /201__
Nº orden	o
Grupo	IPA <input type="checkbox"/> Control <input type="checkbox"/>

Datos sociodemográficos	
Sexo	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Estado civil	1. Casado/a <input type="checkbox"/> 2. Divorciado/a <input type="checkbox"/> 3. En pareja <input type="checkbox"/> 4. Soltero/a <input type="checkbox"/> 5. Viudo <input type="checkbox"/>
Nivel sociocultural	1. Nivel bajo <input type="checkbox"/> 2. Nivel medio-bajo <input type="checkbox"/> 3. Nivel medio-alto <input type="checkbox"/> 4. Nivel alto <input type="checkbox"/>
Nº hijos	_____ hijos

Datos clínicos y de nivel de ansiedad		
Diagnóstico principal		
Situación actual	0. Desconocido	<input type="checkbox"/>
	1. Diagnóstico reciente	<input type="checkbox"/>
	2. Estable	<input type="checkbox"/>
	3. En progresión	<input type="checkbox"/>
	4. Remisión parcial	<input type="checkbox"/>
	5. Remisión completa	<input type="checkbox"/>
	6. Terminal	<input type="checkbox"/>
Patologías asociadas		
Tratamiento QT		
Estrategia IPA		
Puntuación HAS	Ciclo 1	puntos
	Ciclo 2	puntos
	Ciclo 3	puntos
	Ciclo 4	puntos

Anexo 3. Escala STAI-Estado¹⁰¹

	0: Nada/Casi nunca	1: Algo/A veces	2: Bastante/A menudo	3: Mucho/Casi siempre
ESTADO: REFERIDO A CÓMO SE ENCUENTRA UD. EN ESTE MOMENTO				
· Me siento calmado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Me siento seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Me siento tenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Estoy contrariado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Me siento a gusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Me siento alterado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Estoy preocupado ahora por posibles desgracias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Me siento descansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Me siento angustiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Me siento confortable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Tengo confianza en mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Me siento nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Estoy desasegado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Me siento muy atado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Estoy relajado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Me siento satisfecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Estoy preocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Me siento aturdido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Me siento alegre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· En este momento me siento bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 4. Escala de Ansiedad de Hamilton¹⁰²

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4

<p>12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.</p>	0	1	2	3	4
<p>13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)</p>	0	1	2	3	4
<p>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>	0	1	2	3	4