

**TRABAJO FIN DE GRADO  
ENFERMERÍA**

***PAPEL E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA  
EN EL MANEJO DE SÍNTOMAS NO FÍSICOS EN  
EL PACIENTE ONCOLÓGICO PALIATIVO***

Revisión bibliográfica de la literatura.

Autor: David Torralvo Núñez.  
Tutor: Ester García Ovejero.  
Curso: 2021/22



## **Resumen.**

**Introducción:** El cáncer supone un impacto que engloba las necesidades físicas e implica también un proceso emocional que involucra aspectos personales y familiares. Hay que tener en cuenta el papel de la enfermería que se desarrolla como apoyo en esta difícil situación.

**Objetivo:** Conocer las intervenciones útiles para satisfacer las necesidades no físicas de los pacientes paliativos oncológicos.

**Metodología:** Revisión realizada mediante la búsqueda de bibliografía, a través los descriptores seleccionados en MeSH, DeCS y el Tesoro de CINAHL. Se realizó una búsqueda en las bases de datos: PubMed y CINAHL. Se seleccionaron artículos originales, de los últimos 5 años; Idioma: español e inglés; Tipología de las publicaciones: Estudio Clínico, Ensayo Clínico, Estudio Comparativo, Estudio de Evaluación, Estudio Multicéntrico, Ensayo Controlado Aleatorizado, Estudio cualitativo, Estudio en Gemelos, Estudio de Validación.

**Resultados:** Se localizaron 480 registros de los cuales 15 se incluyeron en la revisión bibliográfica.

**Conclusión:** Respecto a las necesidades no físicas, se encontró que la falta de preparación en los cuidados puede llevar a la equivocación de ver los síntomas físicos como la única causa del sufrimiento, ignorando las necesidades no físicas, provocando miedo de complicar más la situación. Respecto a la atención a las necesidades emocionales se puede decir que requieren un mayor enfoque multidisciplinar. Cabe señalar que la falta de formación en habilidades comunicativas de los profesionales sanitarios indica una necesidad para abordar unos cuidados completos, sin olvidar las necesidades no físicas.

**Palabras clave:** Neoplasias, Cáncer, Ajuste emocional, Salud mental, Duelo, Adaptación psicológica, Situación terminal, Cuidados paliativos.

## **Abstract.**

**Introduction:** Cancer is an impact that encompasses physical needs and also involves an emotional process that involves personal and family aspects. We must take into account the role of nursing that is developed as support in this difficult situation.

**Objective:** To know the useful interventions to meet the non-physical needs of oncological palliative patients.

**Methodology:** Review carried out by searching bibliography, through the descriptors selected in MeSH, DeCS and the CINAHL Thesaurus. We searched the databases: PubMed and CINAHL. Original articles were selected, from the last 5 years; Language: Spanish and English; Typology of publications: Clinical Study, Clinical Trial, Comparative Study, Evaluation Study, Multicenter Study, Randomized Controlled Trial, Qualitative Study, Twin Study, Validation Study.

**Results:** 480 records were located, of which 15 were included in the literature review.

**Conclusion:** Regarding non-physical needs, it was found that the lack of preparation in care can lead to the mistake of seeing physical symptoms as the only cause of suffering, ignoring non-physical needs, causing fear of further complicating the situation. Regarding the attention to emotional needs, it can be said that they require a greater multidisciplinary approach. It should be noted that the lack of training in communication skills of health professionals indicates a need to address comprehensive care, without forgetting non-physical needs.

**Keywords:** Neoplasms, Cancer, Emotional adjustment, Mental health, Grief, Psychological adaptation, Terminal situation, Palliative care.

## INDICE

1.Introducción:	7
1.1. Etiología:	7
1.2. Epidemiología:	7
1.3. Prevención:	8
1.4. Signos y síntomas habituales:	8
1.5. Tratamiento:	9
1.6. Enfermedad avanzada:	9
1.7. Necesidades no físicas en el cáncer.	10
1.8. La familia en el proceso de vivencia del cáncer.	11
1.9. Justificación.	11
1.10. objetivos:	11
1.11. Objetivo general:	11
1.12. Objetivos específicos:	12
2. Metodología:	12
2.1. Bases de datos seleccionadas:	12
2.2. Estrategia de búsqueda:	12
2.3. Palabras clave:	12
2.4. Ecuaciones de búsqueda:	13
2.5. Selección de los documentos:	13
2.6. Tabla de búsquedas.	14
3.RESULTADOS	17
3.1. Proceso de selección de los artículos:	17
3.2. Estudios incluidos en la revisión	18
3.3.1. Estudios incluidos en la revisión.	19
3.3.2. Tabla de Resultados.	19
4.Discusión:	30
4.1. Identificar necesidades no físicas en pacientes con cáncer avanzado	30
4.2. Identificar intervenciones que puedan ayudar a los pacientes en situación de cáncer terminal a satisfacer sus necesidades no físicas	31
4.2.1. Cuidados paliativos	31
4.2.2. Estrategias específicas	33
4.2.3. Intervenciones psicológicas	37
4.2.4. Atención a cuidadores y familiares:	38
4.2.5. Otras consideraciones sobre el papel de las enfermeras	39
5.Limitaciones:	40
6.Conclusiones:	40
7.Bibliografía:	41
8. Anexos	45

## **Glosario de abreviaturas.**

**CV:** Calidad de vida.

**CVF:** Conversaciones al final de la vida.

**CP:** Cuidados paliativos.

**PAA:** Planificación anticipada de la atención.

**CPIT:** Cuidado paliativo integral temprano.

**TCC:** Terapia cognitiva conductual.

**TDP:** Trastorno de duelo prolongado.

## 1.Introducción:

El cáncer es una de las enfermedades que causa más problemas de salud en la población mundial, tanto por su número de casos como por su mortalidad.

El cáncer es un término que engloba a un grupo de varias enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo con distintos factores de riesgo, distinto desarrollo y pronóstico diferente, que, sin embargo, tienen más o menos una serie de bases biológicas en común que las distinguen de otro tipo de enfermedades (Robayna, 2015).Para ser más concretos el cáncer es un proceso patológico caracterizado por un crecimiento celular descontrolado debido a cambios en el control normal de la división y crecimiento celular. Este crecimiento anormal, que ocurre en una determinada área del cuerpo, puede extenderse a otras partes y hacer metástasis. Puede diseminarse a través del sistema linfático, a través de la sangre o al bordear el tejido vecino (Pradillo, 2020).

### 1.1. Etiología:

El cáncer ocurre cuando las células normales se convierten en células tumorales en un proceso de varios pasos que generalmente consiste en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Estos cambios son el resultado de los diferentes factores genéticos de cada paciente y de tres categorías de agentes externos que pueden causar esta patología, que son los agentes físicos, como la radiación ultravioleta e ionizante; Agentes químicos como el amianto, componentes del humo del tabaco (tabaquismo), aflatoxinas (componente artificial de los alimentos) y arsénico (contaminantes del agua potable);Agentes biológicos como ciertos virus, bacterias y parásitos (Organización Mundial de la Salud, 21 de septiembre 2021).

La probabilidad de manifestar esta enfermedad aumenta drásticamente con la edad, seguramente porque se acumulan factores de riesgo para ciertos tipos de cáncer. La acumulación generalizada de factores de riesgo se asocia a la pérdida de la funcionalidad de los mecanismos de reparación celular, que suele manifestarse con la edad (Organización Mundial de la Salud, 21 de septiembre 2021).

### 1.2. Epidemiología:

Esta enfermedad tiene una gran repercusión en la sociedad, ya que, es la segunda causa principal de muerte en todo el mundo. Causa 10 millones de muertes cada año, una de cada seis muertes en todo el mundo se debe a esta enfermedad.

Aproximadamente 70 muertes por cáncer ocurren en países de ingresos bajos y medianos y un tercio de las muertes por cáncer se deben al consumo de tabaco, el alto índice de masa corporal, el consumo de alcohol, el bajo consumo de frutas y verduras y la falta de actividad física. Los cánceres que causan un mayor número de muertes en 2020 fueron: pulmón (1.8 millones de muertes), colon (935,000

muerter), hígado (830,000 muerter), estómago (769,000 muerter) y pecho (685,000 muerter) (Organización Mundial de la Salud, 21 de septiembre 2021).

### 1.3. Prevención:

No hay una manera clara de prevenir el cáncer, pero se puede disminuir su probabilidad de aparición llevando a cabo prácticas saludables como mantener una buena alimentación, hacer ejercicio y no tener un hábito tabáquico (American Cancer Society, 18 de mayo 2021).

En cuestión al cáncer, no todo es negativo, también podemos decir que entre el 30% y el 50% de las patologías cancerosas se pueden prevenir. Esto requiere disminuir los factores de riesgo y ejecutar estrategias preventivas. La prevención también incluye el diagnóstico temprano de la enfermedad, el tratamiento y la atención adecuada de los pacientes. Cuando se diagnostica a tiempo y se trata correctamente, las posibilidades de curación de muchas de estas patologías oncológicas son muy favorables. Si el cáncer se diagnostica a tiempo, es factible que el procedimiento sea más eficaz. La supervivencia se incrementa, la morbilidad reduce y el procedimiento es más económico. El diagnóstico temprano incluye 3 componentes:

- Conocer la sintomatología de los distintos tipos de cáncer y entender el valor de consultar a un doctor si hay motivos de inquietud;
- Acceso a servicios de diagnóstico y evaluación clínica y
- Derivar rápidamente al paciente a los servicios de atención.

Los programas de control del cáncer tienen que diseñarse para minimizar las demoras y las barreras en la entrada a los servicios de diagnóstico, procedimiento y atención. También se realizan cribados cuyo objetivo es seleccionar a las personas que pueden tener un cáncer específico o una lesión precancerosa en función de los hallazgos que muestran esa posibilidad antes de que aparezcan los síntomas. Cuando se detectan anomalías durante el examen, se necesitarán más pruebas para confirmar o no, el diagnóstico y derivar al paciente para tratamiento si es necesario. Los programas de detección son bastante eficientes para algunos cánceres, pero no para todos, generalmente son más complicados y requieren más recursos que el diagnóstico temprano, y requieren otros recursos más específicos (Organización Mundial de la Salud, 21 de septiembre 2021).

### 1.4. Signos y síntomas habituales:

El cáncer tiene numerosas manifestaciones. Los síntomas habituales pueden clasificarse en aquellos relacionados con el aspecto físico y otros relacionados con la salud mental y las emociones asociadas al proceso.

Son frecuentes síntomas físicos como:(Greer et al 2018)

- Pérdida de apetito.
- Náuseas.

- Estreñimiento.
- Dificultad para respirar.
- Cansancio.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Dolor

Por otro lado, los pacientes afrontan un proceso largo que implica afectación emocional. Se han descrito algunos como ansiedad y depresión. En esta revisión, uno de los objetivos irá enfocado a profundizar en el conocimiento de esta sintomatología.

### 1.5. Tratamiento:

Es esencial un diagnóstico preciso del tipo y expansión del cáncer. Los tratamientos usuales para esta patología son cirugía, radioterapia y / o quimioterapia. Se debería prestar particular atención al desarrollo físico, cognitivo y nutricional, necesitando un equipo multidisciplinario específico para cubrir todas las necesidades. El acceso a un diagnóstico eficaz, medicamentos fundamentales, pruebas, tratamientos, tecnología, atención psicosocial y cuidados paliativos no es posible para todo el mundo. En caso de los niños, un buen tratamiento puede alcanzar el 80 % de curación (Organización Mundial de la Salud, 12 de febrero 2021)

Estos tratamientos son utilizados para retardar, parar o acabar con el cáncer. También se puede proporcionar cuidados paliativos para solventar síntomas y los posibles efectos secundarios (Cancer.Net, 7 de enero 2022).

Cuando un paciente ha completado un periodo del tratamiento, se debería monitorear constantemente para identificar probables efectos tóxicos provocados por el tratamiento (Organización Mundial de la Salud, 12 de febrero 2021).

También en constituye un pilar importante la atención al duelo en la que el profesional de Enfermería debería intervenir a tiempo sobre el propio paciente o sus parientes para asistirlos a lo largo del fallecimiento.

### 1.6. Enfermedad avanzada:

El cáncer que se ha extendido desde donde comenzó a otras partes del cuerpo se denomina cáncer metastásico. El trascurso por el cual las células cancerígenas se extiende por el cuerpo se denomina metástasis. En ocasiones, el tratamiento puede ayudar a aumentar la esperanza de vida de las pacientes con metástasis. Y en otras ocasiones, el objetivo principal del tratamiento de la metástasis es detener su propagación o solventar los síntomas (Instituto Nacional del Cáncer, 5 mayo 2021).

Muchas de las personas que padecen esta enfermedad no tienen esperanza de curación. Lo que se puede hacer en esos casos, es aportar alivio de los síntomas de enfermedad avanzada mediante cuidados paliativos.

El dolor pertenece a las manifestaciones más frecuentes y graves que experimentan los pacientes que necesitan cuidados paliativos. Los opioides son fundamentales para tratar el dolor asociado a estas afecciones avanzadas. Los opiáceos además tienen la posibilidad de aliviar otros indicios físicos angustiantes, incluida la complejidad para respirar. Intentar aliviar estas manifestaciones en una fase temprana es una obligación moral para aliviar el sufrimiento y respetar la dignidad humana. (Organización de la Salud, 20 agosto 2020)

### 1.7. Necesidades no físicas en el cáncer.

Para la atención de todos los cuidados de los pacientes oncológicos es necesario un enfoque integrado que tenga en cuenta no únicamente los aspectos biológicos y físicos, también debemos incluir otros aspectos como son el psicológico, social y espiritual. Las necesidades de ayuda psicológica y social de los pacientes con cáncer varían ampliamente. Todos los pacientes oncológicos deben recibir información, comunicación y apoyo psicológico adecuados por parte de todos los participantes del equipo de salud (Iglesia y López, 2018).

Cuidar pacientes oncológicos es una preocupación constante por integrar para los enfermeros, contando también con los aspectos fisiológicos y patológicos habituales del proceso, incluyendo el establecimiento de un proceso de interacción entre la persona necesitada y el especialista que lo atiende. puede prestar el servicio. Sin embargo, esta contribución es, por supuesto importante en el contexto de la ansiedad emocional y social que acompaña a un diagnóstico de cáncer (Iglesia y López, 2018)

En el instante del diagnóstico, a lo largo del tratamiento y en todas las etapas de la enfermedad, los pacientes y sus familias pueden experimentar un estrés emocional prolongado como resultado de los síntomas, el conocimiento, el pronóstico y el estigma del cáncer (Iglesia y López, 2018).

La dificultad de las intervenciones oncológicas y su tratamiento están asociados al malestar emocional. Como resultado, muchos de los pacientes manifiestan ansiedad y/o depresión. Se estima que alrededor de un tercio de los pacientes oncológicos experimentan algún trastorno mental a lo largo el tratamiento. Estos trastornos relacionados con la enfermedad repercuten negativamente a la calidad de vida del paciente; Por ello, la implantación de medidas dirigidas a mejorar estas consecuencias debe ser tarea principal del equipo de salud (Iglesia y López, 2018).

El miedo se puede considerar algo habitual en las diferentes fases de la enfermedad. Es de carácter universal y afecta en algún momento a todos los pacientes afectados con más o menos intensidad, lo que crea un momento de estrés considerable. Algunos de estos miedos se deben a la preocupación:

- Al fallecimiento.
- Posible dependencia de cuidadores, familiares o sanitarios.
- Al experimentar cambios en la imagen corporal.
- A la incapacidad para realizar las actividades diarias.
- Con posibles cambios en las relaciones personales y sociales.

(Iglesia y López, 2018)

### 1.8. La familia en el proceso de vivencia del cáncer.

El núcleo familiar tiene dinámicas diversas que facilitan o dificultan su cuidado. Para un equipo multidisciplinar, la participación familiar es fundamental ya que confrontan la pérdida, fomentando un ambiente cálido que les posibilite, en instantes difíciles, reconectarse y descubrir el bienestar en el núcleo familiar. Se debe recordar que enfocarse en el efecto emocional mejora la igualdad del núcleo familiar y la paz del paciente. Ya que la pérdida de un ser preciado para el núcleo familiar es el inicio de una transición totalmente nueva (Martínez, 2017).

Existe un grupo complejo de componentes de duelo, para el núcleo familiar como para el paciente, que tienen la posibilidad de integrar creencias religiosas y espirituales, poder manifestar y experimentar emociones positivas, autocuidado, control y aumento en la adversidad y aprobación (Martínez, 2017).

### 1.9. Justificación.

De acuerdo con lo descrito, en el paciente oncológico con enfermedad avanzada existen particularidades que requieren una atención especial.

Las enfermeras de cualquier servicio conocerán pacientes que se encuentren en esta situación y, desde un punto de vista holístico, es necesario que puedan identificar y comprender correctamente la sintomatología más allá de la dimensión física. También es necesario que sepan acompañar y cuidar de estas personas.

Es necesario conocer las alternativas y estrategias de atención adecuadas en estas situaciones.

### 1.10. objetivos:

**PICO:** ¿En pacientes paliativos oncológicos adultos qué intervenciones serían las adecuadas para manejar las necesidades no físicas?

### 1.11. Objetivo general:

- Conocer las intervenciones adecuadas para satisfacer las necesidades no físicas de los pacientes paliativos oncológicos.

### 1.12. Objetivos específicos:

- Identificar necesidades no físicas en pacientes con cáncer avanzado.
- Identificar intervenciones que puedan ayudar a los pacientes en situación de cáncer terminal a satisfacer sus necesidades no físicas.

### 2. Metodología:

Se realizó una búsqueda bibliográfica entre noviembre de 2021 y marzo de 2022.

#### 2.1. Bases de datos seleccionadas:

La búsqueda de artículos empleados en este trabajo se ha seleccionado en las siguientes bases de datos: PubMed y CINAHL.

#### 2.2. Estrategia de búsqueda:

Las palabras clave que usaremos en esta revisión bibliográfica son aquellas con gran relevancia sobre el tema elegido y fueron seleccionadas en base a los términos de la pregunta PICO que podemos observar en la Tabla 1.

#### 2.3. Palabras clave:

<b>Términos</b>	<b>Sinónimos</b>	<b>Descriptor DeCs</b>	<b>Descriptor Mesh</b>	<b>Tesaurus de CINAHL</b>
Adultos oncológicos	Neoplasias, cáncer,	Neoplasias	Neoplasms	Neoplasms
Impacto emocional	Ajuste emocional.	Ajuste emocional.	Emotional Adjustment.	Emotional Adjustment.
	Salud mental.	Salud mental.	Mental Health.	Mental Health.
	Duelo.	Pesar.	Grief.	Grief.
	Adaptación psicológica	Adaptación Psicológica.	Adaptation, Psychological.	Complicated Grief
		Regulación Emocional.	Emotional Regulation.	Grief Work Facilitation (Iowa NIC)
	Distrés Psicológico.	Psychological Distress.	Grief Resolution (Iowa NOC)	
			Adaptation, Psychological.	
			Emotional	

				Regulation. Psychological Distress.
Situación terminal	Situación terminal Cuidados paliativos	Enfermo Terminal. Cuidados Paliativos. Cuidado Terminal. Cuidados Paliativos al final de la vida.	Terminally Ill Palliative Care Terminal Care Hospice Care	Terminally Ill Patients. Palliative Medicine. Terminal Care. Hospice and Palliative Nursing

Tabla 1: Tabla de palabras clave. Fuente: Elaboración propia.

#### 2.4. Ecuaciones de búsqueda:

En las búsquedas realizadas se ha utilizado el booleano AND como operador excluyente desechando aquellos documentos en los que no aparecen todos los términos y el booleano OR para elegir aquellos en los que se encuentra alguno de los descriptores introducidos.

Las ecuaciones de búsquedas pueden verse en la Tabla 2.

#### 2.5. Selección de los documentos:

Para seleccionar los artículos relevantes para la revisión se aplicaron los criterios de selección: criterios de inclusión y exclusión.

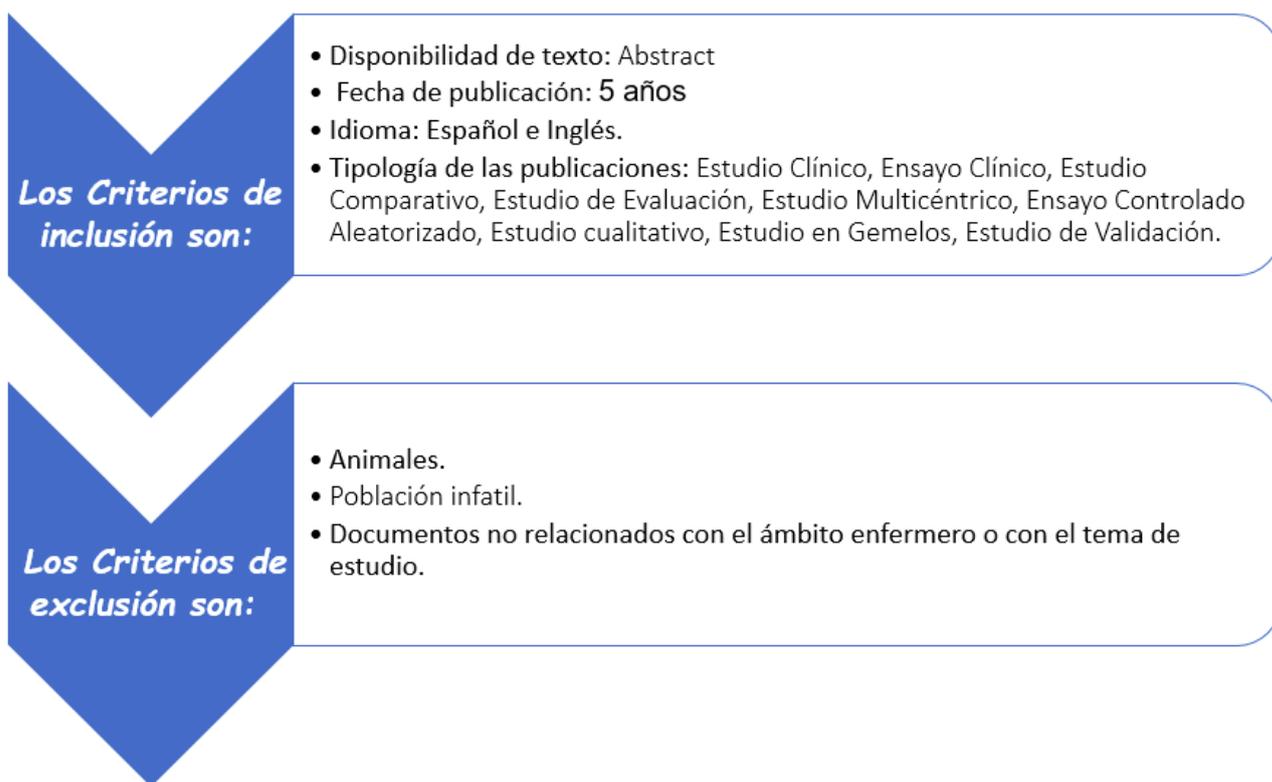


Figura 1: Criterios de inclusión y exclusión. Fuente; Elaboración propia.

Además, se evaluaron mediante lectura crítica utilizando para ello las parrillas de lectura Caspe.

## 2.6. Tabla de búsquedas.

La selección final de los documentos encontrados, tras el filtrado a través de los criterios de inclusión y exclusión en las diferentes bases de datos son:

Base de Datos	Sentencia de búsqueda	Filtros	Nº de artículos encontrados	Nº de art. seleccionados después de la lectura del título y resumen	Nº art seleccionados tras cumplir los criterios de inclusión	Nº art seleccionados tras lectura del texto completo
Pubmed	("Neoplasms"[Mesh]) AND "Adaptation, Psychological"[Mesh]	Abstract, Clinical Study, Clinical Trial, Comparative Study, Evaluation Study, Multicenter Study, Randomized Controlled Trial, Twin Study, Validation Study,	356 resultados.	60 artículos.	14 artículos.	6 artículos.

		in the last 5 years, English, Spanish.				
Pubmed	<p>#1 Search:        (((("Terminally Ill"[Mesh]) OR ("Terminal Care"[Mesh] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mesh] )) OR "Palliative Care"[Mesh]) OR "Palliative Medicine"[Mesh])</p> <p>#2 Search:        (((("Emotional Adjustment"[Mesh] OR "Emotional Regulation"[Mesh]) OR "Adaptation, Psychological"[Mesh]) OR "Mental Health"[Mesh]) OR "Psychological Distress"[Mesh])</p> <p>#3 Search:        "Neoplasms"[Mesh]</p> <p>#4 Search: <b>#1 AND #2 AND #3</b>        "Neoplasms"[MeSH Terms] AND ("Emotional Adjustment"[MeSH Terms] OR "Emotional Regulation"[MeSH Terms] OR "adaptation, psychological"[MeSH Terms] OR "Mental Health"[MeSH Terms] OR "Psychological Distress"[MeSH Terms]) AND ("Terminally Ill"[MeSH Terms] OR ("Terminal Care"[MeSH Terms] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[MeSH Terms]) OR "Palliative Care"[MeSH Terms] OR</p>	Abstract, Clinical Study, Clinical Trial, Comparative Study, Evaluation Study, Multicenter Study, Randomized Controlled Trial, Twin Study, Validation Study, in the last 5 years, English, Spanish	29 resultados.	25 artículos.	9 artículos.	5 artículos.

	"Palliative Medicine"[MeSH Terms])					
Pubmed	<p>#1 Search: "Nurses"[Mesh] OR "Nurse's Role"[Mesh] Sort by: Most Recent</p> <p>#2 Search: (("Terminally Ill"[Mesh]) OR ("Palliative Care"[Mesh] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mesh] )) OR "Terminal Care"[Mesh] Sort by: Most Recent</p> <p>#3 Search: #1 AND #2 ("Nurses"[MeSH Terms] OR "Nurse's Role"[MeSH Terms]) AND ("Terminally Ill"[MeSH Terms] OR ("Palliative Care"[MeSH Terms] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[MeSH Terms]) OR "Terminal Care"[MeSH Terms])</p>	Abstract, Clinical Study, Clinical Trial, Comparative Study, Evaluation Study, Multicenter Study, Randomized Controlled Trial, Twin Study, Validation Study, in the last 5 years, English, Spanish	60 resultados.	52 artículos.	6 artículos.	2 artículos.
CINHAL	<p>S1. (MH "Palliative Care") OR (MH "Palliative Medicine") OR (MH "Hospice and Palliative Nursing") OR (MH "Terminally Ill Patients") OR (MH "Terminal Care")</p> <p>S2. (MH "Neoplasms")</p> <p>S3. (MH "Emotional Regulation") OR (MH "Caregiver Emotional Health (Iowa NOC)") OR (MH "Emotional Support (Iowa NIC)") OR (MH "Grief") OR (MH "Complicated Grief") OR (MH "Grief</p>	Resumen disponible, humano, all adult, 5 años.	35 resultados.	30 artículos.	6 artículos.	2 artículos.

	<p>Work Facilitation (Iowa NIC)") OR (MH "Grief Resolution (Iowa NOC)") OR (MH "Adaptation, Psychological") OR (MH "Psychological Distress") OR (MH "Mental Health")</p> <p>S4. S1 AND S2 AND S3</p>					
--	--	--	--	--	--	--

Tabla 2: Tabla de búsquedas. Fuente: Elaboración propia.

### 3.RESULTADOS

#### 3.1. Proceso de selección de los artículos:

El diagrama de flujo esquematiza el proceso de selección de los artículos incluidos en la revisión bibliográfica. De 480 artículos iniciales, tras la exclusión de 313 artículos tras la lectura del título y resumen, quedan 167. De los 167 artículos se excluyen 132 tras no cumplir los criterios especificados, quedándonos con 35 artículos de los cuales excluimos también 20 al realizar la lectura crítica. Por lo que son 15 artículos definitivos seleccionados para la revisión.

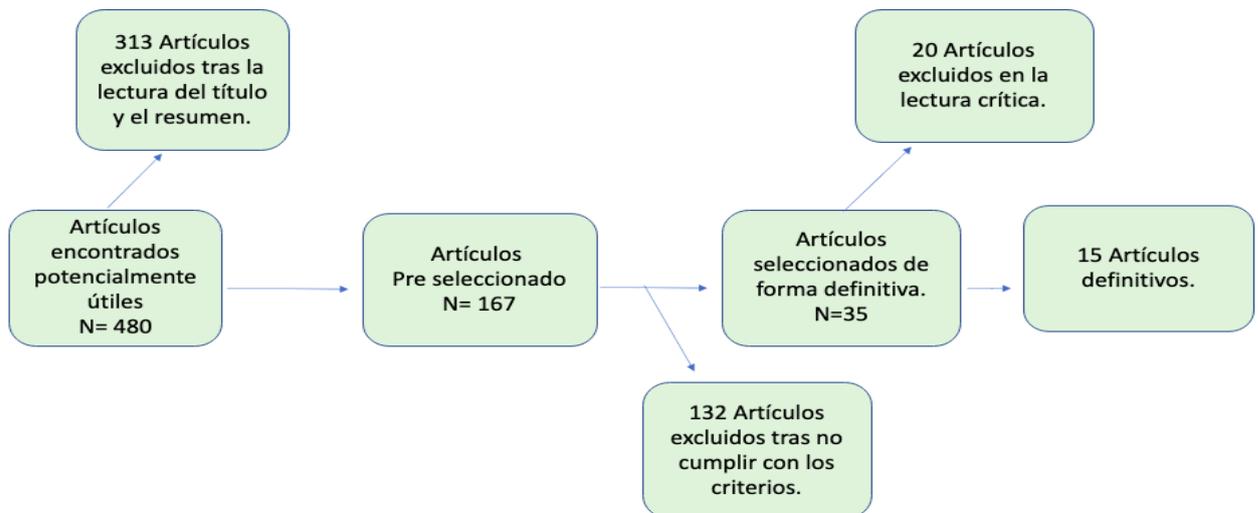


Figura 2: Diagrama de flujo. Fuente: Elaboración propia.

### 3.2. Estudios incluidos en la revisión.

Se evaluaron utilizando las parrillas de lectura CASPe cuyo resultado puede verse en la tabla Tabla 3. Se adjuntan en anexos, a modo de ejemplo, lecturas críticas con las respuestas a todas las preguntas de dos de los artículos (Anexo 1) y (Anexo 2).

Autor año.	Preguntas A	Preguntas B	Preguntas C
Korfage et al;(2020)	[Green]	[Green]	[Green]
Thein, Erim, Morawa;(2020)	[Green]	[Green]	[Green]
Tiete et al;(2021)	[Green]	[Green]	[Green]
Zwakman, M.et al.(2019)	[Green]	[Yellow]	[Green]
Teo, I. et al;(2020)	[Green]	[Green]	[Green]
Möllerberg, M. L., et al;(2019)	[Green]	[Green]	[Green]
Hoerger, M. et al;(2018)	[Green]	[Green]	[Yellow]
Greer, J. A.et al;(2018)	[Green]	[Green]	[Green]
Jabbarian, L. J.et al;(2019)	[Green]	[Green]	[Green]
Balboni, TAet al;(2019)	[Green]	[Green]	[Green]
Mehnert, A.et al;(2020)	[Green]	[Green]	[Green]
Bynum, J.et al;(2019)	[Green]	[Yellow]	[Yellow]
Yasutaka Kimura et al;(2020)	[Green]	[Green]	[Green]
Vogt, Jet al;(2021)	[Green]	[Green]	[Green]
Antunes, B.et al;(2020)	[Green]	[Yellow]	[Green]

Tabla 3: Tabla CASPe. Fuente: Elaboración propia.

### 3.3.1. Estudios incluidos en la revisión.

La búsqueda realizada se enfocó en pacientes oncológicos paliativos adultos sin centrarla en una región específica. Los artículos seleccionados pasaron por un cribado de criterios de inclusión, los cuales fueron estudios publicados en los últimos 5 años y la tipología de las publicaciones seleccionada en la búsqueda fueron: Estudio Clínico, Ensayo Clínico, Estudio Comparativo, Estudio de Evaluación, Estudio Multicéntrico, Ensayo Controlado Aleatorizado, Estudio cualitativo, Estudio en Gemelos, Estudio de Validación. Y los criterios de exclusión fueron: Población infantil, animales.

### 3.3.2. Tabla de Resultados.

Título	Autores	Año	Objetivos del estudio	Diseño del estudio	Ámbito/Población de estudio	Método	Resultados	Conclusiones
Planificación anticipada de la atención en pacientes con cáncer avanzado: ensayo clínico aleatorizado por grupos en 6 países	Korfage, I. J et al; (2020). Advance care planning in patients with advanced cancer: A 6-country, cluster-randomised clinical trial. PLoS medicine, 17(11), e1003422. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003422">https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003422</a>	2020	La planificación anticipada de la atención (ACP) el objetivo es defenderlo como un enfoque para ayudar a los pacientes, familiares y profesionales de la salud a reflexionar y discutir las preferencias de los pacientes y adaptar la atención y el tratamiento en consecuencia.	Estudio controlado aleatorizado.	Se incluyeron 1117 pacientes (442 intervención; 675 control)	Se usó el programa ACTION que respeta las opciones de intervención de PCA que se ofrecen a los pacientes durante las intervenciones grupales, incluidas las discusiones escritas sobre PCA entre el paciente, los miembros de la familia y los coordinadores certificados, materiales promocionales, informes estandarizados y orientación mejorada.	Los resultados primarios fueron la calidad de vida, evaluada con 10 elementos del banco de elementos de funcionamiento emocional de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) y los síntomas (EORTC QLQ-C15-PAL). Los resultados secundarios fueron afrontamiento (COPE, Brief COPE), satisfacción con la atención (ítems de EORTC IN-PATSAT ), satisfacción con la intervención (9 ítems construidos por el estudio), toma de decisiones compartida (Evaluación de la escala de autoeficacia para la toma de decisiones de la Experiencia de los Pacientes en el Cuidado del Cáncer [APECC]), y la participación del paciente en la	Nuestros resultados no mostraron diferencias en el impacto sobre la calidad de vida entre los pacientes que recibieron instrucción ACP y los que recibieron atención habitual. Nuestros hallazgos sugieren que se necesitan enfoques alternativos para apoyar el cuidado de hospicio centrado en el paciente en esta población.

							toma de decisiones médicas (4 ítems contruidos por el estudio).	
Comparación de conceptos de enfermedad y estrategias de afrontamiento entre pacientes con cáncer de origen turco y alemán	Thein, K., Erim, Y., & Morawa, E. (2020). Comparison of Illness Concepts and Coping Strategies among Cancer Patients of Turkish and German Origin. International journal of environmental research and public health, 17(15), 5580. <a href="https://doi.org/10.3390/ijerph17155580">https://doi.org/10.3390/ijerph17155580</a>	2020	El objetivo de este estudio fue comparar los conceptos de enfermedad y las estrategias de afrontamiento entre los pacientes con cáncer nativos alemanes y aquellos con antecedentes de migración turca.	Estudio cualitativo	11 pacientes con cáncer alemanes y 11 turcos.	Se realizaron entrevistas semiestructuradas basadas en pautas. Las transcripciones se evaluaron utilizando un análisis de contenido cualitativo de acuerdo con Mayring.	Identificamos ocho categorías de conceptos de enfermedad: eventos estresantes de la vida, influencias ambientales, la voluntad de Dios, factores médicos, destino, trauma, comportamiento de salud y causas psicológicas.	Es especialmente notable que los pacientes alemanes le den más importancia al factor médico y traten más activamente de combatir la enfermedad. Para los pacientes turcos, los factores culturales y religiosos juegan un papel importante, que también debe tenerse en cuenta en el proceso de tratamiento.
Eficacia de una intervención diádica para mejorar la comunicación entre pacientes con cáncer y sus cuidadores: un ensayo piloto aleatorizado	Tiete, J., Delvaux, N., Liénard, A., & Razavi, D. (2021). Efficacy of a dyadic intervention to improve communication between patients with cancer and their caregivers: A randomized pilot trial. Patient education and counseling, 104(3), 563–570. <a href="https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.024">https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.024</a>	2021	El objetivo principal fue evaluar la viabilidad y aceptabilidad de una intervención de comunicación diádica a corto plazo y el segundo objetivo fue probar la efectividad de la intervención.	Ensayo controlado aleatorizado	64 pares de pacientes y cuidadores fueron asignados aleatoriamente a grupos de intervención.	Una intervención de cuatro semanas diseñada para mejorar la comunicación entre pacientes y cuidadores sobre el cáncer. Los pacientes tratados por cualquier cáncer diagnosticado y sus cuidadores fueron reclutados de dos clínicas de cáncer en Bélgica. Los pacientes y cuidadores participantes completaron los mismos cuestionarios y escalas de autoinforme. En el primer trimestre, completaron un cuestionario solicitando información demográfica y cronológica. Además, los pacientes completaron un cuestionario solicitando información médica y el personal del estudio evaluó su estado funcional en la escala de estado	Los principales efectos del tiempo se encontraron en la frecuencia de la comunicación, la satisfacción, la autoeficacia y la capacidad para hacer frente a la angustia psicológica, pero ningún efecto sobre el estrés emocional. Las interacciones durante el tiempo de grupo fueron importantes para la frecuencia de la comunicación relacionada con el cáncer, la capacidad de afrontamiento, la autocomunicación y la eficacia, pero no fueron importantes para la satisfacción social o el estrés relacionados con el cáncer.	En general, este estudio confirmó la viabilidad y aceptabilidad de un programa piloto de intervención a corto plazo centrado en las habilidades de comunicación de los pobres. Claramente, esta intervención debe evaluarse más a fondo por sus beneficios a largo plazo y traducirse en interacciones cotidianas entre pacientes y cuidadores.

						funcional de Karnofsky en T1 y T2. Otra información oncológica se obtiene mediante la búsqueda de registros médicos.		
Experiencias de facilitadores capacitados con conversaciones estructuradas de planificación de atención anticipada en oncología: un estudio de grupo focal internacional dentro del ensayo ACTION	Zwakman, M. et al.(2019). Trained facilitators' experiences with structured advance care planning conversations in oncology: an international focus group study within the ACTION trial. BMC cancer, 19(1), 1026. <a href="https://doi.org/10.1186/s12885-019-6170-7">https://doi.org/10.1186/s12885-019-6170-7</a>	2019	El estudio tuvo como objetivo examinar la experiencia de los moderadores de ACTION RC que realizan conversaciones estructuradas de ACP RC con pacientes y sus familias, e investigar si esto podría superar las barreras para realizar entrevistas de ACP o no.	Estudio cualitativo	39 moderadores participaron en el estudio ACTION.	Hemos organizado grupos focales en cada país participante. Cada grupo de enfoque dura aproximadamente 1,5 horas y se lleva a cabo en una sala separada con el moderador. La información de antecedentes personales se recopila antes del inicio del grupo de enfoque. El memorándum secundario, que consta de preguntas abiertas y un conjunto de indicaciones para cada pregunta, se utiliza para guiar a los grupos de discusión. Basándose en la literatura y la experiencia del equipo de investigación multidisciplinario de ACTION, este memorando cubre cuatro temas clave: (1) experiencia previa con entrevistas de ACP, (2) predicciones aquí sobre la tarjeta de intervención ACTION RC ACP, (3) experiencia con la capacitación ACTION RC ACP y (4) experiencia en la realización de entrevistas ACP ACTION RC.	El guión de Respect for Choice (RC) se ve como una ayuda para hacer preguntas, incluso aquellas que se consideran difíciles, pero también como un obstáculo para la conversación espontánea. Los coordinadores indican que la mayoría de los pacientes responden positivamente a las conversaciones con ACTION RC ACP, haciéndoles saber sus deseos y compartiéndolos con otros. Los moderadores señalaron que se requería un esfuerzo significativo por parte de los pacientes para realizar estas entrevistas. En respuesta, el propio moderador permitió que el paciente participara en una conversación de la que podría beneficiarse. Los capacitadores enfatizan la necesidad de una mejor capacitación, apoyo y habilidades de comunicación cuando se trabaja con guiones.	Los capacitadores experimentaron tanto los aspectos positivos de la entrevista ACTION RC ACP como los difíciles. Destacan la importancia del apoyo y la formación para generar confianza y habilidades de discusión en las entrevistas ACP. En particular, la necesidad de apoyo para abordar temas complejos y hacer preguntas de confrontación ha demostrado ser valiosa para los pacientes, pero a menudo se evita en la práctica. Los moderadores sintieron que los aspectos de la charla eran relevantes para el paciente y el representante personal, pero también cuestionaron el esfuerzo requerido por el paciente y el representante personal.
Viabilidad y aceptabilidad de una intervención basada en terapia conductual cognitiva para pacientes con cáncer colorrectal avanzado	Teo, I. et al.(2020). The Feasibility and Acceptability of a Cognitive Behavioral Therapy-Based Intervention for Patients With Advanced Colorectal Cancer. Journal of	2020	Los principales objetivos de este estudio fueron investigar la viabilidad y aceptabilidad de una intervención basada en la terapia	Ensayo controlado aleatorizado	Participaron 60 pacientes de cáncer colorrectal.	Los pacientes con cáncer colorrectal en etapa terminal fueron asignados al azar a 4 sesiones de TCC inmediata o colocados en una lista de espera. Se evaluaron la viabilidad de la intervención (es decir, el reclutamiento de participantes y la adherencia al modelo de	Los participantes informaron altos índices de satisfacción (97 %), utilidad (96 %) y sensibilidad cultural (95 %) de las intervenciones. El grupo de intervención no vio una reducción en el estrés mental; sin embargo, la eficacia del autotratamiento del cáncer se	En general, las intervenciones basadas en la terapia cognitiva conductual aumentaron su autoeficacia percibida para hacer frente a los comportamientos relacionados con el cáncer. Nuestros resultados son consistentes con estudios similares previos.

	<p>pain and symptom management, 60(6), 1200–1207.  <a href="https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.016">https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.016</a></p>		<p>cognitivo-conductual (TCC) para mejorar el manejo de la enfermedad. El segundo objetivo es validar la efectividad de la intervención inicial.</p>			<p>intervención) y su aceptabilidad (es decir, la satisfacción de los participantes y la sensibilidad cultural). Los cambios en el estrés mental y la autoeficacia se examinaron utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) de 14 puntos. Las respuestas se calificaron en una escala de cuatro puntos, donde las puntuaciones más altas indican síntomas más graves.</p>	<p>relacionó con el cáncer (estudio: tamaño del efecto (ES) = 0,64, IC del 95 % = 0,17, 0,85; efectos secundarios del tratamiento: ES = 0,69, IC del 95 % = 0,33, 0,82 y positivo). coeficiente de mantenimiento: ES = 0,45, IC del 95% = 0,19, 0,79) aumentó en el grupo de intervención en comparación con el grupo de espera.</p>	
<p>Sentido de coherencia familiar y sus asociaciones con esperanza, ansiedad y síntomas depresivos en personas con cáncer en fase paliativa y sus familiares: un estudio transversal</p>	<p>Möllerberg, M. L., et al. (2019). Family sense of coherence and its associations with hope, anxiety and symptoms of depression in persons with cancer in palliative phase and their family members: A cross-sectional study. Palliative medicine, 33(10), 1310–1318.  <a href="https://doi.org/10.1177/0269216319866653">https://doi.org/10.1177/0269216319866653</a></p>	2019	<p>El objetivo de este estudio fue investigar si un sentido de apego familiar está asociado con la esperanza, la ansiedad y los síntomas depresivos en personas con cáncer paliativo y sus seres queridos.</p>	<p>Estudio observacional</p>	<p>Los participantes fueron 179 pacientes con cáncer y 165 familiares de dos clínicas oncológicas y dos centros paliativos en tres regiones de Suecia.</p>	<p>Las enfermeras proporcionaron información oral y escrita sobre el estudio, y se pidió a los pacientes con cáncer que completaran un cuestionario e invitaran a un familiar a completar el cuestionario. Recibieron sobres prepagos para devolver los cuestionarios completos. También tuvieron la posibilidad de rellenar un cuestionario en línea. El cuestionario incluía preguntas demográficas y la versión sueca de tres herramientas de autoinforme validadas, basadas en las versiones originales de la escala de cohesión familiar: forma abreviada (FSOC) -S), índice de esperanza de Herth (HHI) y escala hospitalaria. ansiedad y depresión (HADS). Consta de 12 ítems, puntuados en una escala del 1 al 7. El puntaje general podría ser de 12 a 84, donde un puntaje más alto indica un sentido más fuerte de unión familiar.</p>	<p>Los principales resultados mostraron que el sentimiento de conexión familiar se asoció de manera significativa con la esperanza, la ansiedad y los síntomas depresivos. Un mayor sentido de conexión familiar se asocia con una mayor esperanza y niveles más bajos de ansiedad y síntomas depresivos tanto en las personas con cáncer como en sus seres queridos.</p>	<p>La conclusión de este estudio es que los profesionales de la salud deben tratar de identificar familias con bajos niveles de cohesión familiar por su asociación con síntomas de ansiedad y depresión para brindarles apoyo profesional y así poder conseguir un mayor bienestar en la fase paliativa del cáncer.</p>

<p>Definición de los elementos de los cuidados paliativos tempranos que están asociados con los resultados informados por los pacientes y la prestación de cuidados al final de la vida</p>	<p>Hoerger, M. et al;(2018). Definición de los elementos de los cuidados paliativos tempranos que están asociados con los resultados informados por los pacientes y la prestación de cuidados al final de la vida. Diario de oncología clínica: diario oficial de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica , 36 (11), 1096–1102. <a href="https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.6676">https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.6676</a></p>	<p>2018</p>	<p>El objetivo es describir el contenido de las visitas de un modelo de atención paliativa temprana a lo largo de la trayectoria de la enfermedad y evaluar si el contenido de la visita se asoció con cambios en la calidad de vida, el estado de ánimo y la atención al final de la vida de los pacientes.</p>	<p>Estudio observacional</p>	<p>171 pacientes dentro de las 8 semanas posteriores a un diagnóstico de cáncer de pulmón incurable o GI no colorrectal, ≥ 18 años y aún no recibían servicios de Atención Paliativa.</p>	<p>Los pacientes asignados a la intervención participaron al menos en visitas mensuales con un médico de AP o una enfermera de práctica avanzada durante el curso de la enfermedad. Las citas de PC y oncología generalmente se programan el mismo día. Si no se realizaba una visita ambulatoria programada y no se podía programar dentro de las 4 semanas posteriores a la visita anterior, el médico de AP se comunicaba con el paciente por teléfono. Si los participantes de la intervención fueron hospitalizados en la institución participante, fueron seguidos por el equipo de CP de pacientes hospitalizados durante su ingreso hospitalario</p>	<p>Los pacientes con tasas más altas de visitas para tomar decisiones de tratamiento tenían menos probabilidades de comenzar la quimioterapia o de ser hospitalizados dentro de los 60 días posteriores a la muerte. Los pacientes con tasas de visitas más altas utilizaron los servicios de cuidados paliativos. Analizaron 2921 visitas al PC, la mayoría de las cuales abordaron el afrontamiento (64,2 %) y el manejo de los síntomas (74,5 %). A las 24 semanas, los pacientes que tuvieron una mayor proporción de visitas que abordaron el afrontamiento experimentaron una mejor calidad de vida ( P = 0,02) y síntomas de depresión (subescala de depresión de la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria).</p>	<p>Las visitas de atención paliativa temprana realizadas por Hoerger, M. et al;(2018) y el equipo de investigación desarrolló una encuesta posterior a la visita específicamente para este ensayo a fin de documentar el contenido de la visita. Después de cada visita, los médicos de AP completaron encuestas electrónicas que indican qué temas abordaron de la siguiente lista: relación, manejo de síntomas, afrontamiento de enfermedades potencialmente mortales, comprensión y educación sobre enfermedades, decisiones de tratamiento, planificación de atención anticipada y disposición a otras instalaciones. Los síntomas de ansiedad y depresión se evaluaron al inicio del estudio y a las 24 semanas utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) de 14 ítems. 24 El HADS consta de una subescala de ansiedad y una subescala de depresión para medir la gravedad de los síntomas durante los últimos 7 días. Además, los pacientes completaron el Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) de nueve ítems, 25 que mide los síntomas de la depresión mayor de acuerdo con los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Esto es útil para disminuir la ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer colorrectal y de pulmón avanzados.</p>
---	---	-------------	--	------------------------------	---	--	---	--

<p>Papel de las estrategias de afrontamiento del paciente para comprender los efectos de los cuidados paliativos tempranos en la calidad de vida y el estado de ánimo</p>	<p>Greer, J. A. et al;(2018). Role of Patient Coping Strategies in Understanding the Effects of Early Palliative Care on Quality of Life and Mood. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology, 36(1), 53–60. <a href="https://doi.org/10.1200/JCO.2017.73.7221">https://doi.org/10.1200/JCO.2017.73.7221</a></p>	<p>2018</p>	<p>El objetivo es la integración temprana de la atención de oncología y mitigación (EIPC) mejora la calidad de vida (QOL) y el estado de ánimo de los pacientes avanzados de cáncer.</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado</p>	<p>Analizamos datos de 350 pacientes recién diagnosticados con cáncer gastrointestinal o de pulmón terminal.</p>	<p>Los participantes completaron la evaluación funcional de la terapia del cáncer: general (QOL), síntomas depresivos (cuestionario de salud del paciente: 9) y afrontamiento (COPE resumido) al inicio y después de 24 semanas.</p>	<p>En comparación con la atención tradicional del cáncer, EIPC ha mejorado significativamente el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el método para el paciente y ha reducido el uso de estrategias de evitación. Además, un mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en el método y menos evitativas se asocia con una mejor calidad de vida y síntomas depresivos.</p>	<p>Los pacientes con cáncer sin posibilidad de curación, que ha recibido CEIPC muestra el uso de la adaptación orientada a el acceso, relacionada con una mejor calidad de vida y reduciendo los síntomas de la depresión. La atención de mitigación puede mejorar estos resultados al proporcionar a los pacientes las habilidades necesarias para enfrentar la enfermedad que es efectivamente fatal.</p>
<p>La estabilidad de las preferencias de tratamiento entre los pacientes con cáncer avanzado</p>	<p>Jabbarian, L. J. et al;(2019). The Stability of Treatment Preferences Among Patients With Advanced Cancer. Journal of pain and symptom management, 57(6), 1071–1079.e1. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.01.016">https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.01.016</a></p>	<p>2019</p>	<p>Probar la estabilidad de las preferencias de tratamiento y las correlaciones entre pacientes con cáncer terminal.</p>	<p>Estudio multicéntrico</p>	<p>Un total de 104 pacientes con cáncer metastásico.</p>	<p>Realizaron entrevistas estructuradas después de la visita ambulatoria para analizar los resultados de las exploraciones recientes de pacientes. Las entrevistas se repitieron con un seguimiento de tres meses. En cada evaluación, los pacientes informaron sus preferencias de tratamiento (es decir, priorizar la esperanza de vida sobre la comodidad), la calidad de vida y el estado de salud actual.</p>	<p>Inicialmente (n = 104) 55 (53 %) pacientes prefirieron la atención de supervivencia y 49 (47 %) pacientes prefirieron la atención de comodidad. El paciente fue seguido durante tres meses. Desde el inicio hasta el primer mes, 84 pacientes (81 %) tenían preferencias estables. La descripción del estado de salud actual al inicio del estudio fue la única variable que se asoció significativamente con la estabilidad de la preferencia durante el primer mes.</p>	<p>Dos tercios de los pacientes con cáncer en etapa terminal tienen preferencias estables. Los cambios en las preferencias a menudo son inconsistentes e impredecibles. Nuestros hallazgos sugieren beneficios potenciales de la comunicación continua sobre las preferencias y necesidades del paciente.</p>

<p>Una escala para evaluar las creencias religiosas en la atención médica al final de la vida.</p>	<p>Balboni, TA et al;(2019). Una escala para evaluar las creencias religiosas en la atención médica al final de la vida. <i>Cáncer</i> , 125 (9), 1527–1535. <a href="https://doi.org/10.1002/cncr.31946">https://doi.org/10.1002/cncr.31946</a></p>	<p>2019</p>	<p>El objetivo es evaluar las creencias religiosas en el contexto de Atención del cáncer de EOL.</p>	<p>Un estudio observacional , longitudinal y multicéntrico</p>	<p>Una muestra de 275 pacientes con cáncer avanzado del estudio Coping With Cancer II,</p>	<p>Se usó la escala RBEC que consta de 7 categorías diseñadas para reflejar las creencias religiosas en la atención médica de la EOL.</p>	<p>La escala RCA ha demostrado ser continuo en el interior, unidireccional, positivo con otros índices de pacientes religiosos y espirituales, y viceversa con la comprensión y la aceptación de los terminales de los pacientes, muestran su potencial utilidad clínica para promover las decisiones de toma de decisiones. EOL. La mayoría de los pacientes informan de apoyo para al menos 1 artículo del RBEC y una mayoría respaldaron <math>\geq 3</math> artículos del RBEC.</p>	<p>La escala RBEC es una herramienta confiable y adecuada para evaluar las creencias religiosas en el contexto de la atención de la EFV, que es comúnmente reconocida y está inversamente asociada con la comprensión de una enfermedad terminal.</p>
<p>Eficacia de la psicoterapia individual Manejo del cáncer y vida significativa (CALM) para pacientes con cáncer avanzado: un ensayo controlado aleatorio simple ciego</p>	<p>Mehnert, A.et al;(2020). Efficacy of the Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) individual psychotherapy for patients with advanced cancer: A single-blind randomized controlled trial. <i>Psycho-oncology</i>, 29(11), 1895–1904. <a href="https://doi.org/10.1002/pon.5521">https://doi.org/10.1002/pon.5521</a></p>	<p>2020</p>	<p>Nuestro objetivo es determinar si el control del cáncer y la vida significativa (calma) es mayor que una intervención de asesoría mental no realista por parte del psicooncólogo de apoyo (SPI).</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado</p>	<p>De 329 pacientes elegibles, 206 participaron</p>	<p>Un enfoque reciente para tratar la depresión y la angustia existencial es la terapia Controlar el cáncer y vivir con sentido (CALM) desarrollada por Rodin y sus colegas. CALM es una intervención psicoterapéutica breve, semiestructurada, individual y ha demostrado ser eficaz para aliviar la depresión y mejorar la esperanza y el sentido de la vida Y .SPI es una intervención de asesoramiento psicoterapéutico no manual que ayuda a los pacientes a lidiar con emociones angustiosas al promover el manejo adaptativo del cáncer avanzado. Las técnicas terapéuticas se derivan de las técnicas cognitivo-conductuales</p>	<p>El análisis por intención de tratar mostró significativamente menos síntomas depresivos a los 6 meses que al inicio, pero los participantes en los grupos CALM y SPI no difirieron en su grado de depresión. La diferencia entre los grupos en cuanto a los resultados secundarios tampoco fue estadísticamente significativa.</p>	<p>El tratamiento CALM se asoció con una reducción de los síntomas depresivos con el tiempo, pero esta mejora no fue estadísticamente significativa en comparación con el grupo SPI.</p>

						<p>y/o del tratamiento psicodinámico, incluyendo la psicoeducación y la regulación emocional Los pacientes adultos con cáncer avanzado fueron asignados aleatoriamente a CALM o RLS. Presumimos que los pacientes CALM informaron niveles de depresión significativamente más bajos de BDIII y PHQ9 (puntuación principal) a los 6 meses después del inicio en comparación con los pacientes con SPI.</p>		
<p>Enfermedades graves y tratamientos al final de la vida para enfermeras en comparación con la población general</p>	<p>Bynum, J.et al;(2019). Enfermedades graves y tratamientos al final de la vida para enfermeras en comparación con la población general. Revista de la Sociedad Estadounidense de Geriatria , 67 (8), 1582–1589. <a href="https://doi.org/10.1111/jgs.16044">https://doi.org/10.1111/jgs.16044</a></p>	2019	<p>Nuestro objetivo fue determinar si las experiencias individuales de atención médica y cuidados paliativos (EOL) de las enfermeras en estado crítico difieren de las de la población general, según lo informado por los médicos.</p>	<p>Estudio observacional de cohortes</p>	<p>Entre 57 660 participantes del NHS, 7380 tenían ADRD y 5375 CHF; Posteriormente e fallecieron 3227 pacientes con ADRD y 2899 pacientes con CHF.</p>	<p>Realizamos un estudio observacional de cohortes en el que las mujeres participantes en el NHS y mayores de 66 años se vincularon a sus datos de tarifa por servicio (FFS) de Medicare.</p>	<p>Los participantes del NHS tenían más probabilidades de ser blancos, menos probabilidades de tener doble elegibilidad para Medicaid y vivían en códigos postales de ingresos más altos. Hubo pequeñas diferencias en la edad y el recuento de comorbilidad entre las enfermeras y la muestra nacional en las cohortes de diagnóstico (ADRD o CHF) y etapa de la enfermedad (recién identificada o EOL).</p>	<p>Las enfermeras de cuidados intensivos recién identificadas reciben atención similar a la población general de Medicare. En EOL, sin embargo, es más probable que las enfermeras elijan terapias menos agresivas que los pacientes que atienden.</p>

<p>Barreras para la discusión sobre el final de la vida con pacientes con cáncer avanzado según la percepción de oncólogos, enfermeras certificadas/especializadas en enfermería oncológica y trabajadores sociales médicos</p>	<p>Yasutaka Kimura et al;(2020). Obstáculos para la discusión sobre el final de la vida con pacientes con cáncer avanzado según la percepción de oncólogos, enfermeras certificadas/especializadas en enfermería oncológica y trabajadores sociales médicos, Revista japonesa de oncología clínica , Volumen 50, número 12, diciembre de 2020, páginas 1426–1433,</p>	<p>2020</p>	<p>El objetivo de este estudio fue identificar las barreras al hablar sobre el final de la vida con pacientes con cáncer terminal y sus familias según la percepción de los oncólogos, enfermeras registradas/profesionales de enfermería y trabajadores sociales médicos, y aclarar sus puntos de vista sobre estrategias efectivas para facilitar la discusión sobre el final de la vida.</p>	<p>Estudio transversal multicéntrico</p>	<p>El cuestionario se envió a un total de 1608 oncólogos. El cuestionario se distribuyó a 2122 enfermeras. El cuestionario se distribuyó a 804 trabajadores sociales.</p>	<p>La encuesta se envió a 4354 médicos que trabajan en 402 hospitales oncológicos regionales designados en Japón. Las respuestas fueron de 494 oncólogos (30,7% respuestas efectivas), 993 enfermeras (46,7%) y 387 trabajadores sociales (48,1%).</p>	<p>Para facilitar la discusión sobre el final de la vida, lo que más se necesita es “apoyo mental y emocional para el paciente y su familia después de la discusión sobre el final de la vida”, según los encuestados, independientemente de su profesión.</p>	<p>Los obstáculos que impiden la discusión al final de la vida son factores relacionados con los pacientes y sus familias y la estrecha cooperación de los médicos de cáncer con enfermeras médicas y trabajadores sociales, es muy importante proporcionar apoyo emocional a los pacientes y sus familias.</p>
<p>Carga de síntomas y necesidades de cuidados paliativos de pacientes con cáncer incurable en el momento del diagnóstico y durante el curso de la enfermedad</p>	<p>Vogt, Jet al;(2021). Symptom Burden and Palliative Care Needs of Patients with Incurable Cancer at Diagnosis and During the Disease Course. Oncologist, 26(6), e1058–e1065. <a href="https://doi.org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/onco.13751">https://doi.org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/onco.13751</a></p>	<p>2021</p>	<p>El propósito de este artículo es explicar la carga de síntomas y las necesidades de cuidados paliativos de los pacientes recién diagnosticados con cáncer incurable y seguirlos durante el primer año después del diagnóstico. Evaluamos la calidad de vida, la ansiedad, la depresión y la angustia para ayudar a desarrollar servicios de cuidados paliativos más efectivos en el futuro.</p>	<p>Un estudio multicéntrico observacional longitudinal prospectivo</p>	<p>Se inscribieron 500 pacientes (219 mujeres, 281 hombres</p>	<p>Se evaluó a los pacientes utilizando medidas de autoinforme validadas (termómetro del dolor de la red nacional integral del cáncer, evaluación funcional de la terapia del cáncer, evaluación de la calidad de vida personal del programa, cuestionario de evaluación de la salud del paciente-4, Encuesta de necesidades de atención de apoyo modificada [SCNS-SF-34] al inicio (T0) y a los 3 (T1), 6 (T2) y 12 meses (T3) de seguimiento.</p>	<p>El rango de síntomas informados es muy amplio, con una variación significativa entre los subtipos de cáncer y dentro de los subtipos. La ansiedad y la depresión son más comunes en las primeras etapas de la enfermedad. Con el tiempo, ha disminuido el número de pacientes que informan una necesidad insatisfecha de atención de apoyo. Casi un tercio de los pacientes (30,8 %) informaron malestar psicológico moderado o grave en T0. Este número disminuyó con el tiempo (T1: 20,1%, T2: 14,7% y T3: 16,9%); y también vieron que, el 67,1% de los pacientes reportaron angustia significativa. Aunque los niveles medios de angustia disminuyeron ligeramente con</p>	<p>Este estudio confirma la variable y, a menudo, alta carga de síntomas del cáncer en etapa tardía, recomienda el uso de herramientas estandarizadas de detección temprana y destaca la utilidad de los cuidados paliativos tempranos.</p>

							el tiempo (T0: 5,49 [SD = 2,64], T1: 4,60 [SD = 2,58], T2: 4,36 [SD = 2,52] y T3: 4,34 [SD = 2,85]), aproximadamente la mitad de los pacientes permanecieron significativamente angustiados (T1: 51,7 %, T2: 47,9 % y T3: 48,7 %).	
Determinación de la prevalencia de las necesidades paliativas y exploración de la precisión de la detección de los elementos de depresión y ansiedad de la escala de resultados de cuidados paliativos integrados: un estudio multicéntrico.	Antunes, B. et al;(2020). Determining the prevalence of palliative needs and exploring screening accuracy of depression and anxiety items of the integrated palliative care outcome scale – a multi-centre study...10th World Research Congress of the European Association for Palliative Care in Bern, Switzerland, May 24-26th 2018. BMC Palliative Care, 19(1), 1–9. <a href="https://doi.org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1186/s12904-020-00571-8">https://doi.org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1186/s12904-020-00571-8</a>	2020	El objetivo es determinar las principales necesidades de cuidados paliativos de los pacientes que reciben tratamiento en los servicios de salud portugueses y explorar las propiedades de detección de dos elementos relacionados con las necesidades psicológicas (subescala de ansiedad y puntuación total de la subescala de HADS-Depresión), utilizando la Escala de resultados de cuidados paliativos integrados (IPOS)	Estudio observacional multicéntrico.	9 centros portugueses. Criterios de inclusión: ≥18 años, apto mentalmente para dar consentimiento, diagnosticado con una enfermedad incurable y potencialmente mortal. Criterios de exclusión: paciente	Los datos se recopilaron en nueve centros portugueses repartidos de norte a sur y de zonas rurales a urbanas. Se realizó un muestreo por conveniencia. Se utilizó la versión portuguesa del IPOS relatada por el paciente. La Escala Portuguesa de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) es una medida de cribado de 14 ítems para los estados de ansiedad y depresión. Las dos subescalas se componen de 7 ítems cada una, puntuadas por separado, con respuestas descriptivas basadas en una escala Likert de 4 puntos. Los autores proponen un umbral de corte de 11 para la depresión y la ansiedad.	Se reclutaron 135 pacientes. La mayoría de los pacientes tenían diagnóstico de cáncer 109 (80,7%). Los ítems con mayor puntuación (=4) fueron: familia o amigos ansiosos o preocupados (36,3%); sentirse ansioso o preocupado por la enfermedad (13,3%); sentirse deprimido (9,6%). Con una puntuación de corte de 2/3, el área bajo la curva para los ítems de depresión y ansiedad estuvo por encima del 70 %.	Las principales necesidades paliativas fueron psicológicas, familiares y espirituales. Esto sugiere que los equipos clínicos pueden manejar mejor los problemas físicos y hay margen de mejora con respecto a las necesidades no físicas. El uso sistemático de la Escala de resultados de cuidados paliativos integrados podría ayudar a los equipos clínicos a evaluar a los pacientes en busca de necesidades angustiosas y realizar un seguimiento de su progreso para ayudar a los pacientes y sus familias con esos problemas.

					angustiado ("incapaz de conversar durante un tiempo"), deterioro cognitivo.			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

Tabla 4; Tabla de Resultados. Fuente: Elaboración propia.

#### 4. Discusión:

Tras una lectura analítica de la bibliografía seleccionada, se han seleccionado los aspectos más importantes del papel de la enfermera en los cuidados paliativos del paciente oncológico y sus familiares. En este sentido, recordar que la especificidad en este caso depende no sólo de la experiencia del duelo después de la muerte o las necesidades físicas de los pacientes oncológicos paliativos, sino también sobre los cuidados en las necesidades no físicas, afirmando la importancia de la prevención y la continuidad del cuidado.

Para este trabajo, los resultados encontrados se agruparon buscando dar respuesta a los objetivos específicos.

##### 4.1. Identificar necesidades no físicas en pacientes con cáncer avanzado

En el estudio de Vogt, J. et al (2021), los pacientes mostraron un incremento de la necesidad relacionada con "falta de energía/fatiga", "dudas sobre el futuro", "sentimientos de frustración o depresión" e "informarse de lo que puede hacer para mejorar". Sin embargo, los pacientes informaron menos necesidad de apoyo con respecto a "cuidado religioso", "variación en los sentimientos sexuales" y "modificaciones en la relación sexual". Su mayor hallazgo fue que dos tercios de los pacientes recientemente diagnosticados con cáncer en etapa avanzada comentaron que estaban sufriendo mucho, presentando un nivel alto de angustia. Por lo tanto, se puede suponer que la mayoría de los pacientes requieren cuidados de apoyo y paliativos en las primeras etapas de la enfermedad. A lo largo de la trayectoria de la enfermedad se observó, el número de pacientes estresados se redujo significativamente.

Encontraron que las áreas de vida "familia", "bienestar físico", "salud emocional" y "residencia/hogar" eran las más importantes para las personas con cáncer terminal. Por otro lado, el área "laboral/vida profesional" era menos importante para el paciente (Vogt et al 2021). Los familiares que viven con el cáncer a menudo informan de la reducción de la esperanza, aumento de la ansiedad y reportan síntomas depresivos en momentos en el que el paciente se encuentra en la etapa terminal de la enfermedad. Normalmente las personas que padecen una patología oncológica suelen presentar un mayor sentido de conexión familiar que se asoció con un grado mayor esperanza y unos niveles inferiores de ansiedad y reportaron menos síntomas de depresión (Möllerberg et al 2019).

Los pacientes con cáncer en etapa terminal experimentan una gran cantidad de síntomas, así como un estrés emocional significativo debido al mal pronóstico, decisiones médicas difíciles y discusiones difíciles sobre el final de la vida (Greer et al 2018). Los síntomas depresivos y de ansiedad que pueden surgir en respuesta a la necesidad de un paciente con una mayor necesidad de cuidados, a menudo se tratan mediante asesoramiento y educación del paciente en lugar de medicación (Hoerger et al 2018). No es raro que los síntomas de depresión y ansiedad sean tan comunes y se asocien con una peor calidad de vida. (Greer et al 2018)

Los síntomas depresivos son un síntoma común del estrés emocional en pacientes con cáncer terminal. La depresión afecta la morbilidad, la supervivencia, la calidad de vida (CV), los costos médicos y se asocia con un mayor número de manifestaciones físicas y pensamientos intensos de suicidio o un deseo de morir más rápido. Además, la depresión en muchas ocasiones no se trata como debería durante el tratamiento del cáncer terminal. (Mehnert et al 2020)

También debemos valorar según Möllerberg, M. L., et al. (2019) que los profesionales encargados de cuidados paliativos deben tener en cuenta que las mujeres son más propensas a la ansiedad y aquellas personas que viven en casa con niños son más susceptibles a los síntomas depresivos. Una explicación para esto último podría ser que las personas que tienen cáncer al tener hijos en casa deben luchar para hacer frente a sus circunstancias y al mismo tiempo ser "buenos padres". Habitualmente temen por sus vidas y la posibilidad de no poder estar con sus hijos y poder verlos crecer, especialmente con un paciente oncológico paliativo.

## 4.2. Identificar intervenciones que puedan ayudar a los pacientes en situación de cáncer terminal a satisfacer sus necesidades no físicas

### 4.2.1. Cuidados paliativos

#### - Aspectos generales

A medida que más y más pacientes requieren cuidados paliativos, estos se han vuelto esenciales para la atención de pacientes en las etapas finales de su vida. La falta de conocimiento y las actitudes negativas hacia los cuidados paliativos entre las enfermeras es una de las barreras más comunes para la calidad de los cuidados paliativos. La Organización Mundial de la Salud que se mencionada en el estudio de Etafa et al.(3) definió los CP como "un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan el problema asociado a una enfermedad que amenaza la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento a través de la identificación temprana y evaluación y tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales"(Bynum et al 2019).

Los cuidados paliativos en el paciente oncológico aumentan la CV, el estado de ánimo y la atención al final de la vida, especialmente cuando se brindan poco después de un diagnóstico de cáncer terminal. (Hoerger et al 2018). Los efectos positivos de los cuidados paliativos citados por Vogt, J. et al (2021) en su estudio incluyen un mejor control de los síntomas y la salud mental (reducción de la depresión y la ansiedad), mejor calidad de vida de los pacientes, familias y cuidadores. Por otro lado, los efectos están relacionados con los antecedentes psicosociales, culturales y étnicos del paciente, la situación familiar y el lugar de residencia (por ejemplo, urbano o rural) (Vogt et al 2021).

El problema es que más de la mitad de los pacientes con estrés no buscan ayuda profesional. Esto puede ser causa de la falta de educación sobre la importancia del apoyo psicosocial o al estigma hacia la atención de la salud mental (Vogt et al 2021).

Según Greer, J. A. et al (2018), el objetivo de los cuidados paliativos es reducir la carga de síntomas y aumentar la calidad de vida al proporcionar información y técnicas; la evaluación y tratamiento de síntomas no físicos; brindar apoyo psicosocial, espiritual y de luto; proveer la participación del paciente, la comunicación médico-cuidador sobre la enfermedad y el pronóstico, y la coordinación de servicios y recursos (Greer et al 2018). La Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica recomienda CP temprano para todos los pacientes con cáncer en etapa terminal. Sin embargo, sigue siendo un desafío garantizar que los pacientes y sus familias tengan una oportunidad adecuada para prepararse para los cambios provocados por la enfermedad avanzada y estudiar las preferencias de los pacientes (Hoerger et al 2018).

#### - Barreras

Factores como la fase en la que se encuentra la enfermedad, el estrés emocional y la relación paciente y cuidador son barreras que pueden provocar que se evite conversaciones sobre los temas relacionados con la patología oncológica. (18) También los profesionales deben tener capacidades y enfatizar específicamente en la utilidad de unas buenas habilidades comunicativas. Esto describe la falta de habilidades de comunicación como una barrera para entrar en intervenciones de la planificación anticipada de la atención (Zwakman et al 2019).

Remarcar que los pacientes en estos momentos agradecen la posibilidad de discutir sus futuras preferencias de tratamiento a pesar del estrés emocional. Por ello, otra barrera es que los profesionales de la sanidad no tendrían que etiquetar todas las emociones como algo negativo y no es necesario evaluar estas emociones como una carga para el paciente (Zwakman et al 2019). También comentar que las barreras en las conversaciones al final de la vida son que “a los familiares les cuesta aceptar el mal pronóstico del ser querido “y que “el ser querido ha malinterpretado los objetivos de los cuidados”.

Además, las barreras de importancia clasificadas con más frecuencia en los servicios de salud fueron la "dificultad para lograr que los pacientes acepten un mal pronóstico" y "diferencias en los valores del paciente y su relación con los objetivos de la atención", que otra vez son puntos relevantes para los pacientes y sus familias. También, se subestima la importancia de estas barreras en todas las profesiones: "Falta de procesos o procedimientos regulados" y "Falta de documentación" disponible para ayudar a los pacientes y sus familias a comprender el cuidado al final de la vida.( Kimura et al 2020) Otra barrera que nos podemos encontrar es no tener en cuenta que la religión y la espiritualidad tienen un papel importante en la supervivencia de un paciente con cáncer se ha demostrado que influye negativamente en la CV y la toma de decisiones sobre su diagnóstico (Balboni et al 2019).

Aunque las opiniones de los proveedores de atención de la salud sobre la realización de entrevistas de la planificación anticipada de la atención indican que otra barrera para los profesionales es que tienen miedo de privar a los pacientes de la esperanza o que, la entrevista provocará que el paciente cayera en un estado de confusión emocional. Debido al poco conocimiento y experiencia, un gran número de profesionales de la salud experimentan problemas al realizar entrevistas PAA. El miedo a

destruir la estrategia de afrontamiento o destruir su relación profesional también es una seria barrera para que los profesionales comiencen la planificación anticipada de la atención (Zwakman et al 2019).

#### 4.2.2. Estrategias específicas

##### - Planificación anticipada de la atención

Una de las herramientas que nos comenta Korfage, I. J. et al (2020) para un buen manejo de los CP en el paciente oncológico, es la planificación anticipada de la atención (PAA) lo que permite a las personas establecer metas y preferencias para la atención y el tratamiento futuros, y discutir estas metas y preferencias con los profesionales de la salud y los miembros de la familia, documentar y repasar estas preferencias, según corresponda. Las intervenciones de PAA tienen el potencial de preparar a los pacientes para cuando no puedan tomar decisiones por sí mismos. Las intervenciones de PAA habitualmente implican una o más conversaciones individuales dirigidas entre el paciente y el trabajador de la salud sobre los valores personales, las metas en la vida y las preferencias de atención y tratamiento futuros del paciente (Korfage et al 2020). Actualmente existen diferentes enfoques para operar el PAA bajo diferentes condiciones. Uno de los programas PAA más conocidos es el programa PAA "Respeto por la elección" (RE). Desde su creación en 1993, el RE PAA se ha convertido en una herramienta organizada y frecuentemente usada, especialmente en los Estados Unidos (Zwakman et al 2019).

Se ha informado que tales entrevistas reducen las hospitalizaciones al final de la vida, mejoran el cumplimiento del paciente y mejoran la satisfacción de la atención en adultos mayores y residentes de hogares de ancianos (Korfage et al 2020). En Hoerger, M. et al (2018) encontraron que la intervención temprana y a largo plazo en los CP puede aumentar la probabilidad de que oncología y CP cooperen juntos para comprender mejor la enfermedad y responder a ella. Esto puede ayudar al paciente a soportar mejor el futuro, discutir los momentos difíciles fuera de la quimioterapia y planificar el cuidado por adelantado con el cuidador.

Sobre la base de la investigación de Jabbarian, LJ et al (2019), la "Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica" (ASCO) reconoce la complejidad de las conversaciones sobre las carencias, objetivos y necesidades de los pacientes. Es difícil equilibrar el terror y la frustración que a menudo sienten los pacientes cuando son conscientes de que su enfermedad está progresando, con la responsabilidad moral de transmitir información real. Proporcionar esta información tiene como objetivo desarrollar la autonomía del paciente sobre el desarrollo de la enfermedad y los resultados imaginados del tratamiento, de modo que los pacientes elijan decisiones informadas enfocadas en sus preferencias de tratamiento y determinar cuándo es más apropiado que los colaboradores a lo largo de la trayectoria de la enfermedad participen en estas discusiones es un reto. Parte de este reto tiene que ver con la estabilidad de las preferencias. La estabilidad de los incentivos se afiló con la presencia de recomendaciones previas, mayor grado educativo y condiciones sanitarias relevantes o no.

Ganar experiencia puede dar a los profesionales de la sanidad la confianza para tener charlas PAA y hacer preguntas que normalmente no harían para evitar el estrés emocional o empeorar la situación del paciente llevando erróneamente la estrategia de afrontamiento.(21) Los profesionales deben estar debidamente capacitados y deben enfatizar específicamente en la utilidad de unas buenas habilidades comunicativas para lograr un equilibrio entre el desarrollo del escenario y satisfacer las necesidades del paciente. Esto es consistente con estudios previos que describieron la falta de habilidades de comunicación como una barrera para entrar en intervenciones PAA (Zwakman et al 2019).

Finalmente comentar que, los pacientes en estos momentos agradecen la posibilidad de discutir sus futuras preferencias de tratamiento a pesar de los períodos de estrés emocional. Sobre esta base, se puede concluir que las emociones que son manifestadas en la conversación PAA son parte del proceso del afrontamiento de la situación que provoca la enfermedad. Por ello, los profesionales de la sanidad no tendrían que etiquetar todas las emociones como algo negativo y no es necesario evaluar estas emociones como una carga para el paciente. Para responder con cautela a las emociones manifestadas por los pacientes, los profesionales de la salud deben desarrollar más las habilidades de comunicación (Zwakman et al 2019). En conclusión, debemos enfatizar la importancia del apoyo y la formación para producir confianza y conseguir experiencia para llevar a cabo habilidades de negociación en las conversaciones PAA. Sobre todo, la necesidad de ayuda para discutir temas complicados y realizar preguntas de confrontación que han demostrado ser útiles para los pacientes, pero que a menudo se evita en la práctica (Zwakman et al 2019).

También encontraron en el estudio de Jabbarian, LJ et al (2019) que los pacientes que padecen cáncer metastásico están predispuestos a sobreestimar esperanza de supervivencia, lo que puede influir en sus prioridades en el tratamiento. Los pacientes que creían que vivirán por lo menos seis meses tenían más probabilidades de preferir la atención para prolongar la vida que los que creían que vivirían menos de seis meses. Varios pacientes al principio indicaron preferencias de atención de comodidad y luego cambiaron varias veces a atención para alargar la vida, mientras que otros cambiaron sus preferencias mensualmente. Por otro lado, debe tenerse en cuenta que los pacientes pueden variar sus preferencias de tratamiento, y las conversaciones repetidas sobre estas preferencias son esenciales para alinear las necesidades del paciente con el tratamiento.

#### - Importancia de los cuidados paliativos tempranos

Los pacientes con cáncer en etapa terminal que reciben un cuidado paliativo integral temprano (CPIT) no solo informan una mejor CV y menos síntomas de depresión, sino que también discuten sus deseos de atención al final de la vida con regularidad (Greer et al 2018). CPIT influirá de manera positiva al utilizar herramientas de afrontamiento en pacientes con cáncer terminal. A menudo educan a los pacientes para que utilicen diferentes estrategias de afrontamiento, incluidas las conductuales (ejercicio físico, actividades o pasatiempos), mentales (atención completa, gratitud, creencias (plegaria, atención pastoral) y existenciales (atención espiritual, supervisión de la vida, mantener la esperanza), así como aportar información para aclarar dudas y aportar apoyo. Los pacientes con cáncer en etapa terminal muestran que la aceptación está asociada con un aumento de la calidad de vida y estado

mental, mientras que la negación y la culpa propia están asociadas con una disminución de la calidad de vida y de su estado de ánimo. Evaluar el papel del cuidador familiar en el proceso es posible que ayude a ajustar las intervenciones de CP para beneficiar los avances del afrontamiento. El estado de la atención de los pacientes con cáncer ha avanzado mucho. CPIT representa un enfoque nuevo y eficaz para reducir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad en etapa terminal (Greer et al 2018).

#### - Conversaciones sobre el final de la vida:

A medida que la enfermedad avanza, los pacientes con cáncer en etapa terminal se enfrentan a decisiones dolorosas en muchas situaciones, como cuándo falla el tratamiento, cuándo suspender el tratamiento y cuándo confirmar el tratamiento. Últimamente, las conversaciones sobre el final de la vida (CFV) se han vuelto cada vez más populares, en las que los pacientes y sus familias analizan las opciones de tratamiento futuro con los profesionales de la salud cuando su enfermedad es grave (Kimura et al 2020).

En este orden, los mayores obstáculos al final de la vida en la CFV son que “a los familiares les cuesta aceptar el mal pronóstico del ser querido” y que “el ser querido ha malinterpretado los objetivos de los cuidados”. Además, las barreras de importancia clasificadas con mayor frecuencia en todas las industrias de servicios de salud fueron: "dificultad para lograr que los pacientes acepten un mal pronóstico" y "diferencias en los valores del paciente y su relación con los objetivos de la atención", que otra vez son puntos relevantes para los pacientes y sus familias. También, se subestima la importancia de las siguientes barreras en todas las profesiones: "Falta de procesos o procedimientos regulados" y "Falta de documentación" (por ejemplo, panfletos y videos educativos) disponible para ayudar a los pacientes y sus familias a comprender el cuidado al final de la vida (Kimura et al 2020).

Las conversaciones oportunas pueden solventar a los pacientes a evaluar e identificar sus opciones y prepararse para tomar una decisión. En la realidad del día a día, pasa que estas conversaciones a menudo no ocurren u ocurren tarde en la enfermedad, lo que significa que los pacientes pueden perder la capacidad de participar en estas conversaciones de manera significativa (Jabbarian et al 2019).

#### - Vías de atención estandarizadas:

En el estudio de Greer, J. A. et al (2018) muchos de los pacientes creen que el sistema de salud está fragmentado; la insatisfacción sobre la falta de coordinación de la atención es común, especialmente durante la transición de un nivel de atención de salud a otro. La European Pathway to Care Association comenta “las vías de atención estandarizadas” como "una herramienta de toma de decisiones complejas en conjunto y procesos de atención organizativos en un grupo bien clasificado de pacientes en un período de tiempo definido”. En el campo de la atención centrada en el paciente oncológico, se formaliza como vías de atención estandarizada, los profesionales de la salud de una variedad de disciplinas y puestos trabajan juntos para lograr el objetivo común de atención y un mejor enfoque del paciente (Greer et al 2018).

#### - Utilización de los resultados informados por parte del paciente como forma de evaluar la evolución :

El estado físico y la carga del cáncer son predictores importantes de la eficacia y la supervivencia de la quimioterapia, y están muy relacionados con la carga de los posibles síntomas y la voluntad del paciente. Por ello, enfocarse en centrarse en el paciente y además evaluar sistemáticamente los resultados informados por parte del paciente y las prioridades deberían ser parte de cualquier enfoque de tratamiento para mejorar la atención, particularmente en el tratamiento del cáncer que se vuelve menos efectivo o se detiene su administración. El uso inadecuado de los resultados informados por parte del paciente puede causar parcialmente el manejo incorrecto de los síntomas. Aunque esta revisión está enfocada a las necesidades no físicas también se incluyen el dolor y otros síntomas físicos y síntomas mentales que son muy comunes en pacientes oncológicos, como la posible pérdida de apetito, estreñimiento, dificultad para respirar, cansancio, ansiedad, depresión y la CV (Greer et al 2018).

Según Antunes, B. et al (2020) las valoraciones de los resultados enfocadas en el paciente son poderosos instrumentos de comunicación que dan la posibilidad de que todos los participantes en el cuidado del paciente hablen un lenguaje común, siendo útil no sólo a los pacientes y sus familias, sino también a los profesionales del sistema sanitario, los centros de atención y formuladores de políticas para decidir sobre decisiones basadas en la evidencia y favorecer la atención enfocada en los pacientes. Obtener la evidencia de las ventajas de detección de estos agentes no solo permitirá la atención completa del paciente, sino que también hará que los resultados sean más confiables.

#### - Apoyo espiritual y religioso:

Finalmente, tener en cuenta que la religión y la espiritualidad tienen un papel importante en la supervivencia de un paciente de enfermedades tan mortales como el cáncer. Se ha demostrado que la religión y la espiritualidad influyen en la CV y la toma de decisiones sobre su diagnóstico. El estudio de Thein, Erim y Marawa (2020), remarca que se deben tener en cuenta todos los aspectos de la cultura como la religión y la familia evaluando los conceptos individuales de cada paciente. Se comenta en otros artículos que los pacientes que dependían en gran medida de sus creencias religiosas para combatir el cáncer suelen estar dispuestos a intervenciones más agresivas, esto se debe a un mayor grado de esperanza asociado con sus creencias (Balboni et al 2019). Como resultado, las creencias religiosas sobre el cuidado de la salud en la CFV que emergen y son reforzadas por la religión individual y el apoyo espiritual pueden conducir a decisiones importantes que pueden prevenir la aceptación de enfermedades terminales y promover el uso de cuidados específicos para prolongar la vida. Los hallazgos del estudio de Balboni, TA et al. (2019) vieron que las creencias religiosas dentro del contexto de la atención médica de la CFV son comunes en pacientes con cáncer avanzado, también descubrieron que los pacientes con cáncer terminal que contaban con el apoyo de sus comunidades religiosas recibían más cuidados paliativos y tenían más posibilidades de someterse a intervenciones más agresivas.

### 4.2.3. Intervenciones psicológicas

Según la investigación de Hoerger, M. et al (2018) el afrontamiento y la reorientación de la esperanza deben ser discutidos en un mayor porcentaje de visitas, y la calidad de vida del paciente y los síntomas depresivos deben mejorar desde el inicio hasta el final.

Por otro lado, lo que nos cuenta el estudio de Mehnert, A. et al (2020) es que las intervenciones psicológicas durante un cáncer terminal son efectivas para reducir la depresión, mejorar la calidad de vida y promover el bienestar mental. La angustia existencial que habitualmente aparece en pacientes con cáncer en etapa terminal es el corazón de la psicoterapia centrada en el significado. Se ha observado que la psicoterapia centrada en el significado aumenta la salud mental, la CV y disminuye enormemente la depresión, la desesperación, el deseo de morir prematuramente y el estrés relacionado con los problemas físicos. Otra psicoterapia a corto plazo como la terapia de la dignidad para pacientes con enfermedades que tienen limitada la esperanza de vida también ha demostrado ser positiva para mejorar la CV, incrementar el sentido de dignidad y mejorar la salud mental.

Mehnert, A. et al. (2020) mencionaron también un tratamiento revisado por otros estudios para la depresión y los trastornos de ansiedad, es la terapia de control del cáncer y vida significativa (CALM). CALM es una actividad psicoterapéutica corta que ha demostrado reducir la depresión y aumentar la esperanza y el sentido de la vida.

La herramienta de CALM se centra en puntos clave del tratamiento psico oncológico de pacientes con cáncer terminal. Los profesionales de salud deben incluir capacitación en la enseñanza de aspectos psicoterapéuticos de apoyo confirmados y probados para pacientes con cáncer en etapa terminal (p. ej., La terapia del Enfoque en el Significado, la herramienta CALM y terapia centrada en la Dignidad, terapia con el psicólogo). Esto puede ser útil para los pacientes que no tienen tiempo para ocuparse de los aspectos básicos de la vida a medida que avanza la enfermedad y prepararse para la muerte inminente (Mehnert, 2020).

El papel de la atención psicológica es cada vez más reconocido como parte imprescindible del proceso del tratamiento. La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) es un enfoque de terapia basado en la evidencia ampliamente usado que tiene como objetivo cambiar las creencias y los comportamientos inapropiados que contribuyen al tormento al que está sometido el paciente. A los pacientes se les proporciona estrategias para incrementar la autoeficacia asociada con su salud, es decir, confiar en su capacidad para hacer frente a su salud por sí mismos. La autoeficacia es imprescindible en el contexto del cáncer porque permite que los pacientes tengan un sentimiento de moho control ante las inquietudes que rodea a su enfermedad. De acuerdo a Teo, I et al (2020) una intervención centrada en TCC mejoró su sentido de autoeficacia para hacer frente a los comportamientos relacionados con el cáncer. Y que una intervención basada en TCC por un tiempo era factible, con una buena adherencia y pacientes tolerables en su muestra de pacientes paliativos oncológicos de Singapur.

#### 4.2.4. Atención a cuidadores y familiares:

Los familiares que viven con algún paciente oncológico a menudo informan de la reducción de la esperanza y un incremento de la ansiedad, así como síntomas depresivos durante la fase terminal de su enfermedad. Normalmente, para las personas con cáncer, un mayor sentido de vínculo familiar se relaciona con un aumento de la esperanza y niveles más bajos de ansiedad y síntomas depresivos (Möllerberg et al 2019).

Si la conexión entre una persona con una patología oncológica y los miembros de su familia es buena, puede brindar que fomenten la oportunidad de experimentar mayor esperanza, y estas relaciones pueden desempeñar un papel imprescindible en la habilidad de la persona para mantener la esperanza y construir metas nuevas y realistas. El vínculo y la esperanza de toda la familia son herramientas importantes que ayudan a las familias a sobrellevar la vida con cáncer y una variedad de desafíos, por lo que los profesionales de la salud deben considerar estos conceptos para identificar a las posibles familias que requieren un apoyo emocional para alcanzar la felicidad (Möllerberg et al 2019).

Según Möllerberg, M. L., et al.(2019) los proveedores de salud deben buscar identificar a las familias cuyo sentido del vínculo familiar es débil, por su asociación de la disminución de la esperanza, y aumento de la ansiedad y los síntomas depresivos, para brindarles un apoyo completo y así lograr un mayor bienestar en el paciente oncológico paliativo. Greer, J. A. et al (2018) también señalan que evaluar el papel del cuidador familiar en el afrontamiento puede ayudar a adaptar las intervenciones de atención para mejorar los esfuerzos de afrontamiento.

Un número cada vez mayor de modelos de afrontamiento ha provocado un aumento del interés en las intervenciones diádicas. Dado que los cuidadores suelen ser los socios más cercanos en estas situaciones del paciente, estas intervenciones a menudo se realizan en parejas. Varias revisiones y metanálisis han confirmado que las intervenciones han tenido un impacto positivo significativo en los pacientes y cuidadores. Tiete, J et al. (2021) desarrollaron una intervención para mejorar la comunicación en la diádicas, cuyo objetivo es mejorar la revelación de inquietudes y la necesidad de solicitar apoyo tanto a los pacientes como a los cuidadores. El afrontamiento personal se puede explicar como el comportamiento específico de una persona sometida a una situación de estrés. El afrontamiento diádico es el proceso en el cual una persona transmite su información de la calificación de su estrés a otra persona significativa, quien recibe, decodifica y responde a esta situación. Hacer frente a diádicas tiene como objetivo preservar o recuperar la homeostasis debido al estrés individual y diádico que se está viviendo. En particular, la discusión sobre el estrés que provoca el cáncer y sus interacciones puede ayudar a respaldar la participación correcta del paciente y el cuidador (Tiete et al 2021).

La comunicación sincera y mutua, además de la divulgación de inquietudes se asocian con una disminución de los niveles de angustia y un aumento de la satisfacción en relaciones interpersonales, la capacidad para hacer frente a la situación y aumentar la CV de los pacientes y cuidadores. Los pacientes y los cuidadores suelen evitar conversaciones sobre la enfermedad. Esta evitación se asocia

con más estrés y menos satisfacción en las relaciones de paciente-cuidador (Tiete et al 2021). Los cuidadores suelen evadir las conversaciones sobre la enfermedad y son más distantes. Como resultado, los cuidadores pueden subestimar algunos aspectos de su propia comunicación. Sin embargo, se ha comprobado una relación entre la eficacia de la auto comunicación de los cuidadores sobre el cáncer y la habilidad del paciente y del cuidador para sobrellevar esta situación.

Por ello, la expresión emocional de los cuidadores ha sido reconocida como un factor clave para potenciar la adaptación diádica. Según Tiete, J et al. (2021) los pacientes y los cuidadores se benefician de la comunicación mutua. Esto significa que alentar a los cuidadores a revelar sus sentimientos no perjudica al cuidador ni al paciente sino todo lo contrario. Se ha encontrado que las intervenciones diádicas para desarrollar habilidades de comunicación en parejas son factibles y aceptables. Aunque su estudio se llevó a cabo a pequeña escala, proporciona evidencia preliminar de la efectividad de la intervención. Sin duda, esta intervención requiere una mayor evaluación de sus beneficios a largo plazo y el beneficio de la comunicación diaria entre el paciente y el cuidador.

#### 4.2.5. Otras consideraciones sobre el papel de las enfermeras

El papel de la enfermera es proporcionar apoyo emocional y mental a los pacientes y sus familias en la EOL. También puede ser necesario "brindar una aclaración de la situación actual, los posibles tratamientos, los pros y los contras de cada uno y el pronóstico esperado" y "tomar una decisión final" (p. ej., no continuar el tratamiento o no realizar la reanimación cardiopulmonar), lo que implica un mayor reconocimiento de su propio papel en estas situaciones (Kimura et al 2020). Según Bynum, J. et al (2019) Las enfermeras son miembros valiosos del equipo, que actúan como puntos focales, educadores y, a menudo, como coordinadores para la supervisión de grupos específicos de pacientes en estado crítico que pueden necesitar asistencia a través de un plan de cuidado al final de la vida (CFV). También juegan un papel importante al influir significativamente en el conocimiento de los pacientes sobre cómo hacer frente a una enfermedad grave y su comprensión de las opciones, lo que puede verse influido por su enfoque y su formación personal (Bynum et al 2019).

Otra función principal que debe realizar la enfermera para un buen manejo de los CP en el paciente oncológico , es la planificación anticipada de la atención (PAA) lo que permite a las personas en situación de cáncer terminal pueda establecer metas y preferencias para la atención y el tratamiento futuros, y discutir estas metas y preferencias con los profesionales de la salud y los miembros de la familia, documentar y repasar estas preferencias, según corresponda .Las intervenciones de PAA tienen el potencial de preparar a los pacientes para cuando no puedan tomar decisiones por sí mismos (Korfage et al 2020).

Aunque las opiniones de los proveedores de atención de la salud sobre la realización de entrevistas de PAA indican que los profesionales tienen miedo de privar a los pacientes de la esperanza o que, sabiendo todos los beneficios de la PAA, la entrevista provocará que el paciente cayera en un estado de confusión emocional (Zwakman et al 2019). Debido al poco conocimiento y experiencia para comenzar y realizar entrevistas PAA, un gran número de profesionales de la salud experimentan

problemas al realizar entrevistas PAA. El miedo a destruir la estrategia de afrontamiento o destruir su relación profesional también es un serio impedimento para que los profesionales inicien una entrevista PAA. Sin embargo, un enfoque organizado y la intervención de facilitadores capacitados pueden ser una estrategia para atravesar este obstáculo, ayudando a la realización de conversaciones PAA en la práctica clínica (Zwakman et al 2019).

#### 5.Limitaciones:

Una de las deficiencias fundamentales observadas fue que la mayoría de los artículos encontrados no eran relevantes para la investigación o la profesión de enfermería. Se han encontrado pocos artículos que describen el papel de la enfermera en el período inmediatamente después del diagnóstico de cáncer.

Establecer criterios de inclusión y exclusión puede haber afectado los posibles resultados de los artículos disponibles en la búsqueda bibliográfica. Además de que la mayoría de los artículos encontrados afirman que es necesaria más investigación sobre el impacto emocional cómo manejar todas las situaciones que afectan el equilibrio emocional como es el de un paciente oncológico paliativo.

#### 6.Conclusiones:

Respecto a las necesidades no físicas identificadas, según los artículos, se encontró que la falta de preparación en los cuidados de los pacientes oncológico paliativo puede llevar a la equivocación de ver los síntomas físicos como la única causa del sufrimiento, ignorando las necesidades afectivas y espirituales de los pacientes por la falta de preparación para estos momentos y el miedo de complicar más la situación y con ello empeorar el estado emocional.

Tras la lectura de los artículos puede concluir que los síntomas depresivos y de ansiedad son un síntoma común del estrés emocional en pacientes con cáncer terminal. La depresión puede disminuir la posibilidad la supervivencia, la calidad de vida y se asocia a pensamientos intensos de suicidio o un deseo de morir. La necesidad relacionada con la falta de energía, dudas sobre el futuro, la frustración y sobre cómo puede mejorar, son las más comunes que debemos identificar según los artículos revisados. Y las áreas del ámbito familiar y su entorno, la salud física, salud emocional son importantes para tener en cuenta a la hora de valorar a un paciente oncológico paliativo.

Respecto a la atención a las necesidades emocionales se puede decir que, aunque los avances en enfermería en los últimos años y sobre la atención los cuidados para pacientes paliativos oncológicos requieren un mayor enfoque multidisciplinar. La revisión señaló la falta de datos sobre la atención de las necesidades no físicas de estos pacientes en la profesión de enfermería. En este sentido, cabe señalar que diversos estudios han encontrado que la falta de formación en habilidades comunicativas de los profesionales sanitarios indica una necesidad de intervención para abordar unos cuidados completos, sin dejar de lado las necesidades de carácter no físico.

A través de la lectura de los artículos se pueden conocer aspectos relacionados con las características de las necesidades en el campo de la atención paliativa en salud mental en el paciente oncológico paliativo, de las cuales se clasifican las siguientes habilidades e intervenciones distintivas: es necesario identificar las necesidades no físicas en pacientes oncológico paliativo; la comunicación como herramienta para el diálogo; los profesionales de la salud no tendrán que identificar todas las emociones como algo negativo; y a través de la empatía, el respeto y las habilidades comunicación, también podremos intervenir en estas necesidades no físicas, incluyendo los aspectos religiosos y espirituales, así como apoyo individual y familiar.

En las implicaciones para la investigación y la práctica enfermeras se concluye tras la revisión de los artículos, que se debe reconocer cada vez más que el papel de la enfermera es brindar apoyo emocional y psicológico a los pacientes y sus familias implicados en situaciones al final de la vida. Las enfermeras son miembros importantes del equipo multidisciplinar del sistema sanitario que toman el papel principal de mentor y, además, como coordinadores para pacientes oncológicos paliativos que pueden necesitar ayuda para atender sus necesidades no físicas. También desempeñan un papel importante para influir significativamente en la comprensión de los pacientes sobre cómo sobrellevar el cáncer y su comprensión de las posibles opciones que tiene, pueden estar influenciados por sus actitudes y entrenamiento personal.

Al final de la evaluación de toda la información encontrada, se considera necesario facilitar el desarrollo de aplicaciones así como asignar recursos para aumentar la participación de las enfermeras en la atención de las necesidades no físicas de los pacientes oncológicos paliativos, es importante continuar los esfuerzos para promover cambios en la enfermería donde se pueda equilibrar tanto el cuidado físico como el emocional en el cuidado paliativo del paciente oncológico como en todos los participante del equipo multidisciplinar. También comentar, que los beneficios a largo plazo y el beneficio de la comunicación diaria entre el paciente paliativo oncológico y el cuidador requiere una mayor investigación. Por otro lado, considero que es necesario investigar más debido a la falta de materiales como folletos y videos educativos que puedan ayudar a los pacientes y sus familias a comprender este tipo de situaciones complicadas.

Sin embargo, se observó en la lectura de los artículos que las intervenciones del personal enfermero, centradas y estructuradas en las necesidades no físicas del paciente, puede mejorar la salud de los pacientes y su familia. Por lo tanto, se concluye que en manos de las enfermeras es posible brindar un cuidado completo y de calidad, ayudando a los pacientes y sus familias a sobrellevar un diagnóstico de cáncer terminal con el menor impacto en la calidad de vida.

## 7. Bibliografía:

- Antunes, B., Rodrigues, P. P., Higginson, I. J., & Ferreira, P. L. (2020). Determining the prevalence of palliative needs and exploring screening accuracy of depression and anxiety items of the integrated palliative care outcome scale – a multi-centre study...10th World Research Congress of the European Association for Palliative Care in Bern, Switzerland, May 24-26th 2018. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1–9. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1186/s12904-020-00571-8>
- Balboni, TA, Prigerson, HG, Balboni, MJ, Enzinger, AC, VanderWeele, TJ y Maciejewski, PK (2019). Una escala para evaluar las creencias religiosas en la atención médica al final de la vida. *Cáncer*, 125 (9), 1527–1535. <https://doi.org/10.1002/cncr.31946>
- Bynum, J., Passow, H., Austin, A., Carmichael, D. y Grodstein, F. (2019). Enfermedades graves y tratamientos al final de la vida para enfermeras en comparación con la población general. *Revista de la Sociedad Estadounidense de Geriátrica*, 67 (8), 1582–1589. <https://doi.org/10.1111/jgs.16044>
- Cancer Risk, Prevention, and Screening | American Cancer Society. (2021, 18 mayo). American Cancer Society. Recuperado 19 de mayo de 2022, de <https://www.cancer.org/healthy.html>
- Greer, J. A., Jacobs, J. M., El-Jawahri, A., Nipp, R. D., Gallagher, E. R., Pirl, W. F., Park, E. R., Muzikansky, A., Jacobsen, J. C., Jackson, V. A., & Temel, J. S. (2018). Role of Patient Coping Strategies in Understanding the Effects of Early Palliative Care on Quality of Life and Mood. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 36(1), 53–60. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.73.7221>
- Hoerger, M., Greer, JA, Jackson, VA, Park, ER, Pirl, WF, El-Jawahri, A., Gallagher, ER, Hagan, T., Jacobsen, J., Perry, LM y Temel, JS (2018). Definición de los elementos de los cuidados paliativos tempranos que están asociados con los resultados informados por los pacientes y la prestación de cuidados al final de la vida. *Diario de oncología clínica: diario oficial de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica*, 36 (11), 1096–1102. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.6676>
- Iglesia, C. López, R. (2018). Cáncer y cuidados enfermeros. DAE. <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/715/>
- Jabbarian, L. J., Maciejewski, R. C., Maciejewski, P. K., Rietjens, J., Korfage, I. J., van der Heide, A., van Delden, J., & Prigerson, H. G. (2019). The Stability of Treatment Preferences Among Patients With Advanced Cancer. *Journal of pain and symptom management*, 57(6), 1071–1079.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.01.016>
- Korfage, I. J., Carreras, G., Arnfeldt Christensen, C. M., Billekens, P., Bramley, L., Briggs, L., Bulli, F., Caswell, G., Červ, B., van Delden, J., Deliëns, L., Dunleavy, L., Eecloo, K., Gorini, G., Groenvold, M., Hammes, B., Ingravallo, F., Jabbarian, L. J., Kars, M. C., Kodba-Čeh, H., ... Rietjens, J. (2020). Advance care planning in patients with advanced cancer: A 6-country, cluster-randomised clinical trial. *PLoS medicine*, 17(11), e1003422. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003422>
- Martínez Blanco J. Atención al duelo en el paciente adulto con cuidados paliativos y su familia. *Metas Enferm* jul/ago 2017; 20(6): 67-73. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81109/atencion-al-duelo-en-el-paciente-adulto-con-cuidados-paliativos-y-su-familia/>

- Mehnert, A., Koranyi, S., Philipp, R., Scheffold, K., Kriston, L., Lehmann-Laue, A., Engelmann, D., Vehling, S., Eisenecker, C., Oechsle, K., Schulz-Kindermann, F., Rodin, G., & Härter, M. (2020). Efficacy of the Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) individual psychotherapy for patients with advanced cancer: A single-blind randomized controlled trial. *Psycho-oncology*, 29(11), 1895–1904. <https://doi.org/10.1002/pon.5521>
- Möllerberg, M. L., Årestedt, K., Swahnberg, K., Benzein, E., & Sandgren, A. (2019). Family sense of coherence and its associations with hope, anxiety and symptoms of depression in persons with cancer in palliative phase and their family members: A cross-sectional study. *Palliative medicine*, 33(10), 1310–1318. <https://doi.org/10.1177/0269216319866653>
- Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. OMS; 2021 [Revisado 21 de septiembre de 2021; consultado 10 Noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos [Internet]. OMS; 2021 [Revisado 20 de agosto de 2020; consultado 10 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organización Mundial de la Salud. El cáncer infantil [Internet]. OMS; 2021 [Revisado 12 de febrero de 2021; consultado 10 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>
- Pradillo García P. Fármacos antineoplásicos. En: Pradillo García P. Farmacología. Colección Enfermería S21. 4ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2020. p. 639-54. Disponible en :<https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/630/638/>
- ¿Qué es el cáncer? (2021, 5 mayo). Instituto Nacional del Cáncer. Recuperado 20 de mayo de 2022, de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es#cuando-el-cncer-se-disemina>
- Robayna Delgado MC. Cáncer. En: Darias Curvo S, Campo Osaba MA. Enfermería Comunitaria. Vol. II. Colección Enfermería S21. 3ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2015. p. 817-844. Disponible en: <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/628/822/>
- Teo, I., Tan, Y. P., Finkelstein, E. A., Yang, G. M., Pan, F. T., Lew, H., Tan, E., Ong, S., & Cheung, Y. B. (2020). The Feasibility and Acceptability of a Cognitive Behavioral Therapy-Based Intervention for Patients With Advanced Colorectal Cancer. *Journal of pain and symptom management*, 60(6), 1200–1207. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.016>
- Thein, K., Erim, Y., & Morawa, E. (2020). Comparison of Illness Concepts and Coping Strategies among Cancer Patients of Turkish and German Origin. *International journal of environmental research and public health*, 17(15), 5580. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155580>
- Tiete, J., Delvaux, N., Liénard, A., & Razavi, D. (2021). Efficacy of a dyadic intervention to improve communication between patients with cancer and their caregivers: A randomized pilot trial. *Patient education and counseling*, 104(3), 563–570. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.024>
- Tomar decisiones respecto del tratamiento contra el cáncer. (2022, 7 enero). Cancer.Net. Recuperado 20 de mayo de 2022, de <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/tomar-decisiones-respecto-del-tratamiento-contra-el-c%C3%A1ncer>

Vogt, J., Beyer, F., Sistermanns, J., Kuon, J., Kahl, C., Alt, E. B., Stevens, S., Ahlborn, M., George, C., Heider, A., Tienken, M., Loquai, C., Stahlhut, K., Ruellan, A., Kubin, T., Dietz, A., Oechsle, K., Mehnert, T. A., Oorschot, B., & Thomas, M. (2021). Symptom Burden and Palliative Care Needs of Patients with Incurable Cancer at Diagnosis and During the Disease Course. *Oncologist*, 26(6), e1058–e1065. <https://doi.org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/onco.13751>

Yasutaka Kimura, Miki Hosoya, Kyoko Toju, Chikako Shimizu, Tatsuya Morita, Obstáculos para la discusión sobre el final de la vida con pacientes con cáncer avanzado según la percepción de oncólogos, enfermeras certificadas/especializadas en enfermería oncológica y trabajadores sociales médicos, *Revista japonesa de oncología clínica*, Volumen 50, número 12, diciembre de 2020, páginas 1426–1433, <https://doi.org/10.1093/jjco/hyaa146>

Zwakman, M., Pollock, K., Bulli, F., Caswell, G., Červ, B., van Delden, J., Deliens, L., van der Heide, A., Jabbarian, L. J., Koba-Čeh, H., Lunder, U., Miccinesi, G., Arnfeldt, C., Seymour, J., Toccafondi, A., Verkissen, M. N., Kars, M. C., & ACTION consortium (2019). Trained facilitators' experiences with structured advance care planning conversations in oncology: an international focus group study within the ACTION trial. *BMC cancer*, 19(1), 1026. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6170-7>

## 8. Anexos

### ANEXO 1: Plantilla CASPe de estudios cualitativos. Usada en el estudio “ Experiencias de facilitadores capacitados con conversaciones estructuradas de planificación de atención anticipada en oncología: un estudio de grupo focal internacional dentro del ensayo ACTION ”.

#### A/ ¿Los resultados del estudio son válidos?

Preguntas "de eliminación"			
1	¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
PISTA: Considera <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación?</li> <li>- ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación?</li> <li>- ¿Se justifica la relevancia de los mismos?</li> </ul>			
2	¿Es congruente la metodología cualitativa?	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
PISTA: Considera <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio.</li> <li>- ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados?</li> </ul>			
3	¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
PISTA: Considera <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.).</li> </ul>			

#### Preguntas "de detalle"

4	¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
PISTA: Considera si <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes.</li> <li>- Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio.</li> <li>- El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio.</li> </ul>				
5	¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
PISTA: Considera si <ul style="list-style-type: none"> <li>- El ámbito de estudio está justificado.</li> <li>- Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.).</li> <li>- Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación).</li> <li>- Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué?</li> <li>- Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.)</li> <li>- Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello.</li> </ul>				

<p>6 ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?</p> <p>PISTA: Considera</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- En la formulación de la pregunta de investigación.</li> <li>- En la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio.</li> </ul> </li> <li>- Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.).</li> </ul>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>SÍ      NO SÉ      NO</p>
<p>7 ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?</p> <p>PISTA: Considera</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- El consentimiento informado.</li> <li>- La confidencialidad de los datos.</li> <li>- El manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de conciencia de su propia experiencia).</li> </ul> </li> <li>- Si se ha solicitado aprobación de un comité ético.</li> </ul>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>SÍ      NO SÉ      NO</p>

## B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>8 ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?</p> <p>PISTA: Considera</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso.</li> <li>- Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos.</li> <li>- Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.)</li> <li>- Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos).</li> <li>- Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis.</li> </ul>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>SÍ      NO SÉ      NO</p>
<p>9 ¿Es clara la exposición de los resultados?</p> <p>PISTA: Considera si</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los resultados corresponden a la pregunta de investigación.</li> <li>- Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible.</li> <li>- Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas.</li> <li>- Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p. ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.)</li> <li>- Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio.</li> </ul>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>SÍ      NO SÉ      NO</p>

### C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

10 ¿Son aplicables los resultados de la investigación?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-El investigador explica la contribución que los resultados aportan al conocimiento existente y a la práctica clínica.</li><li>- Se identifican líneas futuras de investigación.</li><li>-El investigador reflexiona acerca de la transferibilidad de los resultados a otros contextos.</li></ul>			

**ANEXO 2: Plantilla CASPe de estudios de cohortes. Usada en el estudio “ Enfermedades graves y tratamientos al final de la vida para enfermeras en comparación con la población general ”.**

Preguntas de eliminación

<p>1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?</p> <p>PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población estudiada.</li> <li>- Los factores de riesgo estudiados.</li> <li>- Los resultados “outcomes” considerados.</li> <li>- ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?</p> <p>PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿La cohorte es representativa de una población definida?</li> <li>- ¿Hay algo “especial” en la cohorte?</li> <li>- ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte?</li> <li>- ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>

Preguntas de detalle

<p>3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</p> <p>PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas?</li> <li>- ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir?</li> <li>- ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)?</li> <li>- ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento?</li> <li>- ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos?</li> <li>- ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?</p> <p>PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión.</li> </ul> <p>Lista:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>

<p>5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?</p> <p>PISTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos.</li> <li>- Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación.</li> <li>- En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
---	---

## B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</p> <p>PISTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles son los resultados netos?</li> <li>- ¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos?</li> <li>- ¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?</li> </ul>	
<p>7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</p>	

## C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?

<p>8 ¿Te parecen creíbles los resultados?</p> <p>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión?</li> <li>- ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles?</li> </ul> <p>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</p>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p>PISTA: Considera si</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</li> <li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li> <li>- ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio?</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?</p>	