



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**INFLUENCIA DEL ESTADO
DE ÁNIMO EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS
Y ROL DE ENFERMERÍA**

Autor/a: Nirmine Talbi Enfeddal

Tutor/a: Manuel Frutos Martín

RESUMEN

La enfermería es una profesión centrada en la salud integral de las personas. Se entiende por salud como “el estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad”.

Teniendo en cuenta la importancia del equilibrio físico y psicológico para mantener el estado de bienestar, es decir, la salud, hemos realizado una revisión bibliográfica en la que se analiza la influencia del estado de ánimo en el bienestar de los pacientes oncológicos, aspecto que se considera importante tanto por el objetivo de mantener el equilibrio que se requiere en el bienestar integral, como por la gran prevalencia del cáncer en nuestra sociedad actual.

Debido a que el tratamiento del cáncer requiere largos y reincidentes periodos de ingreso y de estancia en el hospital, se considera al profesional de enfermería en una posición privilegiada para tratar los distintos problemas que los pacientes padecen y en los que la relación enfermera-paciente cobra mayor relevancia, siendo muy importante por parte de la enfermera la autoconfianza, visión holística y conocimiento experto, además de otras características como amabilidad, empatía y comprensión.

También se identifican distintas intervenciones enfermeras que se manifiestan en la literatura científica consultada como beneficiosas directamente para la mejora del estado de ánimo del paciente definiéndose efectos positivos para los pacientes con cáncer, como son: la musicoterapia, el humor, la comunicación espiritual, etc. Estas intervenciones se engloban en un plan de cuidados aplicable a un paciente oncológico en la planta y con expectativas positivas para su calidad de vida. Los efectos y eficacia de estas intervenciones sobre los pacientes con cáncer se han objetivado, manifestándose un aumento de los marcadores inmunológicos estimulando el sistema inmune y proporcionando un mayor sistema defensivo con respecto a las células cancerígenas.

Palabras clave: Paciente (patient); actuación (acting out); enfermo terminal (terminally ill); Cuidados de enfermería (nursing care)

ÍNDICE

| | Página |
|---|--------|
| 1. Introducción - Justificación..... | 3 |
| 2. Objetivos..... | 5 |
| 3. Metodología..... | 6 |
| 4. Desarrollo del tema..... | 9 |
| 5. Discusión..... | 21 |
| 6. Implicaciones para la práctica - Plan de Cuidados..... | 22 |
| 7. Conclusiones..... | 26 |
| 8. Bibliografía..... | 28 |
| 9. Anexos..... | 32 |

1. INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN

La enfermería es una profesión dentro del área de compromiso de la salud, cuya definición según la OMS es: *“el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*, definición que se ha mantenido válida y actual desde el año 1948 en que entró en vigor¹.

Es un concepto multifactorial: físico, mental y social, y para abordar el aspecto mental es necesario conocer el significado de “estado de ánimo”, que se relaciona con *“la disposición en que se encuentra alguien, causada por la alegría, la tristeza, el abatimiento, etc.”*. Sin embargo, para estudiar la afectación física, en esta revisión bibliográfica se va a hacer referencia a una *“enfermedad que se caracteriza por la transformación de las células, que proliferan de manera anormal e incontrolada”* (según la última edición de 2014 de la RAE), denominada cáncer².

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo ocasionando 8,8 millones de defunciones en 2015 como indican datos de la OMS (2017).¹ Según estos datos, se prevé que el número de casos aumentará un 70% en los próximos 20 años.¹

Cabe destacar el tabú que supone la palabra “cáncer” en nuestra sociedad, debido a que aunque existen factores de riesgo en esta enfermedad, aún no se ha identificado un origen específico que lo provoque. Esta incertidumbre es el motivo principal del gran impacto social que produce el cáncer en la población, ya que están afectados los enfermos directamente y los familiares indirectamente.¹

El cáncer puede provocar una adaptación psico-fisiológica inadecuada a la situación que vive una persona, por lo que conduce a una incapacidad para superarla.¹ Esta reacción se denomina “distrés”. The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) define este término como *“la experiencia emocional desagradable y de naturaleza multifactorial, que incide en la dimensión psicológica, social y/o espiritual de la persona, y que interfiere en la capacidad para afrontar el cáncer de forma efectiva, en sus síntomas físicos y en su tratamiento”*. El distrés puede aparecer en pacientes oncológicos como una respuesta adaptativa o acabar derivando en trastornos psicopatológicos.⁶

Por ello es imprescindible evidenciar la importancia de la influencia del estado anímico en la recuperación de un paciente, y cómo puede influir el papel de enfermería en todo el proceso (con la formación y conocimientos requeridos). Siendo conscientes de cómo influirá cada intervención psicológica en el estado de salud del paciente, podremos abordar todas sus necesidades, tanto físicas como psicológicas. Con este abordaje psicológico contribuiremos a una mejora de la calidad de vida del paciente.

Una de las intervenciones enfermeras que ayudan a facilitar el estado anímico y la evolución de la salud del paciente es el humor. Es necesario saber el momento adecuado para realizar esta intervención, ya que el paciente tiene afectadas las esferas social, psicológica y espiritual por el impacto de la enfermedad, y gracias a la observación de enfermería se podrá intervenir en el momento correcto para lograr el mayor beneficio.⁶

El tratamiento del cáncer requiere largos periodos de ingreso, el paciente pasa mucho tiempo en el ámbito hospitalario y, ya que la enfermería es la profesión más cercana al paciente, influye en su mejor recuperación. Durante el ingreso se desarrolla una afinidad interactiva entre la persona y el profesional que facilita la convivencia y hace mucho más llevadero el proceso de recuperación para el enfermo.⁶

2. OBJETIVOS:

2.1 General:

Valorar la influencia del estado de ánimo en la salud integral del paciente oncológico y en la evolución del proceso de su enfermedad y proponer, a la vista de la literatura científica existente, las actuaciones de enfermería específicas (plan de cuidados) sobre el estado de ánimo, que mejoren el estado de salud del paciente oncológico.

2.2 Específicos:

- Identificar las repercusiones del estado de ánimo del paciente oncológico durante su enfermedad.
- Encontrar evidencias de la influencia del rol de la enfermería y el estado de ánimo en la mejora del paciente oncológico.
- Definir/Describir intervenciones psicológicas enfermeras para mejorar la calidad de vida del paciente oncológico.
- Evidenciar la necesidad de formación en enfermería en el campo de la psico-oncología para fomentar la evolución del estado de salud del paciente oncológico.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño

Este TFG se ha estructurado como un estudio de revisión de la bibliografía existente sobre la influencia del estado de ánimo en el nivel de bienestar de los pacientes con cáncer a través de la utilización de las bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud, páginas especializadas de salud y distintos portales relacionados, para proponer un plan de cuidados específico hacia este importante aspecto de la salud psicológica de las personas afectas.

3.2. Bases de datos y fuentes documentales utilizadas

Este trabajo se instrumentaliza con una amplia revisión y búsqueda de información relacionada con el problema de estudio.

Inicialmente se planteó una pregunta utilizando el esquema PICO (pacientes, intervenciones a estudio, comparación y resultados esperables) de la forma más clara y precisa posible (tabla 1), con el fin de obtener mejores resultados, para posteriormente elaborar un guión de trabajo en el que se sentasen las bases a seguir a la hora de elaborar la revisión bibliográfica.

| | Palabra común | Decs | Mesh |
|---------------------|---|--|--|
| Paciente | Enfermo terminal | Paciente | Terminally ill |
| Intervención | Influencia del estado de ánimo y el rol de enfermería | Actuación and afecto and rol de la enfermera | Acting out and affect and nurse´role |
| Comparación | No procede | No procede | No procede |
| Objetivos | Existencia Evidencia | | Nurse´ role Affect Results Satisfaction |

Tabla 1: Pregunta PICO sobre el problema de estudio

Tras haber formulado la pregunta se realiza la elección de las bases de datos para la búsqueda, a través de internet, de los artículos relevantes para la revisión bibliográfica. La primera base de datos utilizada ha sido PUBMED, debido a la gran cobertura de artículos que engloba, también se han utilizado otras bases de datos como SCIELO, CUIDEN, DIALNET, o Google Scholar.

En la estrategia de búsqueda se han utilizado los operadores booleanos AND & OR, a fin de hacer más eficiente la búsqueda de la documentación científica (tabla 2).

| Base de datos | Estrategia de búsqueda | Filtros |
|---------------|--|-----------------------------------|
| Pubmed | ((Affect or "affective state" OR "psychological aspects") and ("terminally ill" OR "incurable patient" or oncology or neoplasm*) and ("nurse role" OR "nurse and role" OR "nursing profesion" OR "nursing practlicant")) | Lengua Inglesa Últimos 15 años |
| Scopus | ((Affect or "affective state" OR "psychological aspects") and ("terminally ill" OR "incurable patient" or oncology or neoplasm*) and ("nurse role" OR "nurse and role" OR "nursing profesion" OR "nursing practlicant")) | Lengua Inglesa Últimos 15 años |

Tabla 2: ejemplo de estrategia de búsqueda utilizada en las bases Pubmed y Scopus

Además de las bases de datos mencionadas se han consultado fuentes específicas como artículos científicos de oncología, portales de salud, así como diferentes webs de sociedades, instituciones y organizaciones como son: AECC, OMS, SEOM, etc.

Para la traducción de los artículos encontrados se ha utilizado tesauruso médico MESH (Medical Subject Headings), obteniendo así una mayor precisión y permitiendo obtener un vocabulario controlado de términos biomédicos. Se recopilaron artículos tanto en español como en otros idiomas, principalmente inglés.

Como criterios de exclusión, se desecharon aquellos artículos a los que no se podía acceder al texto completo, artículos con más de 15 años de antigüedad y aquellos de diferente idioma al inglés o español.

Como criterios de inclusión, se utilizó una estrategia de búsqueda mediante la cual se leyeron los resúmenes de los artículos encontrados, y se seleccionaron aquellos de los últimos 15 años que se consideraron relevantes y con información suficiente para poder añadir a la revisión bibliográfica.

Se procedió con la lectura de los artículos relevantes, de los cuales se seleccionaron tan solo aquellos que se consideraron adecuados para la realización de la revisión bibliográfica y que son los reflejados en la bibliografía del presente TFG.

Como limitaciones a la búsqueda, hemos de señalar la dificultad de acceso a textos completos de forma directa y gratuita.

En la Tabla 3 se han destacado los estudios que han hecho trabajo de campo entre los analizados en la revisión bibliográfica y que objetivan con la población atendida la influencia del estado de ánimo en la evolución de la enfermedad oncológica.

| Autor/Título | año | Muestra | Tipo de estudio | Resultados principales | País |
|--|------|---------|-----------------|--|-----------|
| Fernández Rodríguez C, et al. Influencia del estado emocional en la sintomatología referida por pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón durante el tratamiento con quimioterapia | 2013 | 76 | Observacional | La música puede ser positiva en los pacientes oncológicos | España |
| Martí-Augé P, et al. La musicoterapia en oncología | 2015 | 22 | Observacional | El estado emocional no parece influir significativamente, durante el tratamiento con QT, en la presencia e intensidad de la sintomatología. | España |
| Graciela Tumipamba. (26) Programa de cuidados paliativos para una atención integral de enfermería a los pacientes oncológicos en fase terminal del hospital oncológico Solón Espinosa Ayala núcleo de Quito | 2013 | 74 | Descriptivo | La calidad de vida de los pacientes adultos de oncología, se ven claramente afectados por los cambios anímicos debido a efectos de sintomatología física avanzada. | Ecuador |
| Braun M, et al. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients | 2006 | 147 | Descriptivo | Las actitudes personales del enfermería hacia la muerte están asociadas con sus actitudes hacia el cuidado de los pacientes en fase terminal. | Israel |
| Mok E, et al. Health-care professionals' perspective on hope in the palliative care setting | 2010 | 23 | Cualitativo | Este estudio explora el significado de la esperanza para pacientes con cáncer avanzado desde la perspectiva de los profesionales de la salud. | Honk Kong |

Tabla 3: estudios de campo destacados de la revisión

4. DESARROLLO DEL TEMA

4.1. Rol de enfermería en la enfermedad oncológica

La enfermedad oncológica, como ya se ha analizado con anterioridad, requiere largos periodos de ingreso, por ello la relación enfermera-paciente cobra mayor relevancia, siendo imprescindible por parte de la enfermera la autoconfianza, visión holística y conocimiento experto, además de otras características como amabilidad, empatía y comprensión.

Durante los largos y reiterados procesos de atención y de cuidados se va a desarrollar una relación interpersonal enfermera-paciente en el que el respeto y la confianza son factores clave en la relación terapéutica, contribuyendo así a que los profesionales de la salud mejoren su capacidad para fomentar la esperanza en los pacientes^{3,4,13,15,16, 20}

Es propio de enfermería “el proceso de cuidar”, que se centra en las interrelaciones persona-persona, con una serie de conocimientos muy bien diferenciados, valores, dedicación, relación moral e interpersonal con el sujeto de cuidado”⁴.

Preparar al paciente para enfrentarse a la enfermedad y la muerte con dignidad, es decir, el respeto a la autonomía en el final de la vida, es uno de los cometidos de todo el equipo sanitario, pero especialmente de la enfermera, que deberá realizarlo de acuerdo con la familia y con las diferentes etapas emocionales de adaptación, que se presentan en mayor o menor medida en todos los casos: deseos de conocer o de confirmación del diagnóstico, shock con fuerte conmoción interna, fase de negación, enfado, negociación o pacto, depresión, resignación y aceptación final⁴.

El médico debe informar sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento al paciente, de modo general, pero es misión de la enfermera comprobar que el paciente lo ha entendido, y ayudarle a asimilar la información⁴.

Los pacientes terminales experimentan una serie de inquietudes con preguntas que en ocasiones no se atreven a hacer ni a sí mismos; temores que expresarán en la medida en que encuentren enfermeras a su lado que sean sensibles y comprendan lo que

subyace en sus comentarios y dudas; dependencias físicas y psíquicas que pueden desmoralizarles y hacerles perder su propia autoestima y dignidad personal⁴.

Cabe destacar la necesidad de formación en este campo de la enfermería ya que el paciente pasa por etapas en las que necesita un apoyo decisional específico, positivo y humanizado, basado en los principios de la bioética. Este apoyo debe abarcar el ámbito cultural y religioso ya que está demostrado que el desarrollo de estas actitudes en enfermería pueden desempeñar un papel importante en la calidad de vida de los pacientes para esos momentos tan imprescindibles, que en caso de no adecuarse el trato del profesional a los requerimientos del paciente, este se vería directamente perjudicado en su recuperación^{4,11,19,17}.

Según un estudio exploratorio y cualitativo realizado por Stahlke y Rawson (2016), tras compararse las acciones de dos grupos de enfermeras, concluyen que existe una falta de claridad sobre el papel de enfermería en este campo sanitario. Los resultados obtenidos evidencian la necesidad de mejorar la formación enfermera en el campo oncológico debido a que cada grupo tenía una perspectiva diferente sobre el papel y el valor que le correspondía¹⁸.

Además, el personal de enfermería no recibe formación suficiente para proporcionar una comunicación espiritual, siendo un papel importante de enfermería y sobretodo en pacientes oncológicos situados al final de la vida. Se evidencia la necesidad que tienen los pacientes principalmente al final de su vida de compartir experiencias espirituales, ante las cuales muchas enfermeras no saben responder. "La comunicación de experiencias espirituales" es una intervención que aporta grandes beneficios tanto al paciente como a la familia.¹⁴

4.2. Estado emocional y enfermedad oncológica

El estado emocional y de ánimo de los pacientes va a influir notablemente en la adaptación y calidad de vida del paciente oncológico. Piqueras, et al. (2009) establecen que. *"Las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo. El miedo, la tristeza, la ira y el asco son estados emocionales que, cuando son intensos y habituales, afectan negativamente la calidad de vida de las personas. En consecuencia, las emociones negativas constituyen*

actualmente uno de los principales factores de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales”⁵.

Podemos distinguir entre las emociones al menos dos grupos: *las positivas y las negativas*. La función inicial de estas reacciones es meramente preparatorio y por ello se consideran respuestas adaptativas para el individuo. Pero al igual que pueden ser beneficiosas también pueden ser perjudiciales ya que algunas de ellas pueden transformarse en patológicas en algunos individuos, en ciertas situaciones, debido a un desajuste en la frecuencia, intensidad, adecuación al contexto, etc. Si ocurre esto y se mantiene un cierto tiempo, puede sobrevenir un trastorno de la salud, tanto mental (trastorno de ansiedad, depresión mayor, ira patológica, etc.) como física (trastornos cardiovasculares, reumatológicos, inmunológicos, etcétera)⁵.

Según Cano-Vindel y Miguel-Tobal se puede afirmar la clara influencia de las emociones sobre la salud-enfermedad a través de su relación con diversos sistemas fisiológicos que forman el proceso “salud-enfermedad”, especialmente cuando se convierten en trastornos clínicos.

Esto se evidencia, por ejemplo, cuando pasamos por periodos de estrés en los que tenemos que responder a unas altas presiones en el ambiente que nos rodea, desarrollamos reacciones emocionales negativas, y cuando nos encontramos bajo la influencia de estos estados emocionales negativos es más probable desarrollar enfermedades relacionadas con el sistema inmune.⁵

Una patología con gran relevancia es la depresión que Piqueras, et al. (2009), relacionando conceptos de varios autores definen como: *“un trastorno del estado de ánimo o trastorno afectivo. El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones psicopatológicas más frecuentes de los seres humanos (C.Vázquez, 1990). El estado de ánimo puede entenderse como la tendencia básica del ser humano para aportar a los estados psíquicos un tono agradable o desagradable (Villagrán, 1996), o como el estado emocional subjetivo del individuo (Friedman & Thase, 1995).”⁵*

Hay trabajos que descartan una asociación entre los factores relacionados con el cáncer y los síntomas emocionales. Una investigación realizada en 2012 llega a la conclusión de que el estado emocional no es una influencia significativa en la presencia e intensidad de la sintomatología durante el tratamiento con quimioterapia (QT);

además se comprobó que los síntomas variaban en función del tiempo y el tipo de cáncer, quitando relevancia al estado de ánimo.⁸

No obstante, para reforzar la tesis de que el estado de ánimo influye en la salud del paciente oncológico existen evidencias científicas que demuestran la relación entre el malestar físico (enfermedad) y el malestar emocional (tristeza, depresión, ansiedad...). La presencia de depresión, así como de otras alteraciones de tipo afectivo, dificulta la consecución del objetivo último de los cuidados paliativos (Doyle, Hanks, y McDonald, 1993), que supone la consecución de la máxima calidad de vida posible para los pacientes y sus allegados.⁹

Es llamativo que un porcentaje mayor al 60% de los pacientes con cáncer afirman padecer malestar afectivo. García Soriano y Barreto (2008) referencian el estudio llevado a cabo por Derogatis, et al. (1983) con una muestra de pacientes en diferentes estadios del cáncer en los que se pudo establecer que el 47% de los sujetos cumplían criterios para algún trastorno psiquiátrico, de los cuales⁹:

- Un 68% de los casos presentaban estado de ánimo ansioso o depresivo.
- Un 13 % cumplía los criterios de trastorno depresivo mayor.
- Un 8% padecía trastornos mentales orgánicos como delirium.

La tristeza asociada al síndrome depresivo disminuye la calidad de vida de los pacientes y las interacciones con la familia y amigos. Así mismo, reduce la efectividad del tratamiento de los síntomas físicos y del control del dolor, suponiendo una fuente adicional de estrés.⁹

Existen múltiples trabajos (Brugha, 1993; Chochinov, et al., 1994, 1997; Loyd-Williams y Payne, 2002; Passik, et al., 1998) que verifican la dificultad de diagnosticar el trastorno depresivo en pacientes con cáncer u otras enfermedades graves. Todos ellos coinciden en considerar como implicados factores relativos al personal sanitario (p.ej., empleo de indicadores poco fiables de la depresión, sobrevaloración de la sintomatología somática, desconocimiento de los sentimientos de los pacientes, tendencia a sobrevalorar el malestar del paciente, etc.).

Para el diagnóstico adecuado de la depresión en estos pacientes Block (2000), referenciado por García Soriano, et al. (2008), sugiere tomar en consideración los siguientes síntomas:⁹

- Síntomas psicológicos: disforia, estado de ánimo depresivo, tristeza, sentimientos de impotencia, desesperanza, aislamiento social, culpabilidad, ideación suicida, llanto intenso, anhedonia.
- Indicadores de la historia familiar de abuso de sustancias, depresión, trastorno bipolar o cáncer de páncreas.
- Otros indicadores: dolor u otros síntomas intratables, discapacidad desproporcionada, preocupación somática excesiva, tratamiento con corticoesteroides, escasa cooperación o rechazo del tratamiento.
- Reacción que generan en los demás: irradiación del afecto de aburrimiento, desesperanza, aversión y poco interés en los demás y entre la desesperanza y la depresión. Estos dos últimos diagnósticos contribuyen al deseo de una muerte acelerada, pero de forma independiente. Así, los sujetos con depresión pueden manifestar desesperanza como síntoma, pero la desesperanza por sí misma no implica padecer depresión (Breitbart et al., 2000).

4.3. La necesidad de sueño y descanso en la mejora del ánimo y bienestar del paciente oncológico

Maté, et al., (2004) establecen que: *“Dormir es una actitud conductual y fisiológica necesaria para la salud y el bienestar.”*¹⁰

En pacientes con enfermedades como el cáncer, cualquier irregularidad que afecte a dicha necesidad se considerará perjudicial pudiendo derivar incluso a un trastorno del sueño, que puede afectar seriamente al bienestar físico y mental así como a la calidad de vida del paciente. Según estos autores hay una prevalencia del 25-50% de pacientes con cáncer avanzado que presentan morbilidad psiquiátrica mantenida, principalmente en forma de trastornos de ansiedad y depresivos.¹⁰

En su trabajo, Maté, et al, (2004), analizan un estudio realizado por Davidson sobre los trastornos del sueño en pacientes oncológicos, en el que concluye una relación directa entre el insomnio y sus efectos perjudiciales tanto a nivel psicológico como a nivel del sistema inmunológico. En el estudio esto se vio reflejado en que: "aquellos que

se quejaron de insomnio también presentaron peor salud física y mental, dificultad para la concentración y para el afrontamiento del estrés." ¹⁰.

El sistema inmunitario se ve afectado por un sueño de mala calidad debido a que altera las respuestas hacia el estrés y la consecución de cualquier actividad básica de la vida diaria, afectando en la calidad de vida y dejando al paciente en una posición de mayor vulnerabilidad y una mayor dificultad de recuperación.

La mala calidad de descanso nocturno es un síntoma habitual en el campo oncológico pero también hay que tener en cuenta que influye la ansiedad asociada a la propia enfermedad y también a los efectos secundarios de los tratamientos recibidos.¹⁰

A pesar de que el insomnio es uno de los síntomas más comunes y una de las causas que genera mayor estrés en los pacientes oncológicos, (afecta al 40-60% de los enfermos según varios autores) incidiendo en la calidad de vida y el estado anímico del paciente oncológico no ha recibido mucha atención en las prioridades de intervención con respecto a otros problemas que los pacientes con cáncer sufren, tales como náuseas, dolor y depresión.

4.4. Intervenciones complementarias para la mejora del estado de ánimo y calidad de vida del paciente oncológico

Para actuar ante los efectos negativos del estado de ánimo y la calidad de vida de los pacientes oncológico, además de los cuidados que potencien una interrelación positiva y de refuerzo, existen distintas propuestas de intervención psicosocial que nos pueden ayudar en los cuidados diarios de enfermería y que engloban una estrategia de acción multidisciplinar que se ha demostrado como positiva y efectiva. Entre las intervenciones destacadas de esta revisión se encuentran:

- La musicoterapia: Según la investigación “Efecto de la musicoterapia en el estado de ánimo y calidad de vida de los pacientes con cáncer”, de Martí Augé et al. (2015), una de las intervenciones enfermeras para mejorar el estado de ánimo del paciente podría ser la musicoterapia, ya que tiene un impacto inmediato en el estado psicológico, incidiendo especialmente en la dimensión emocional, además de actuar como catalizador de emociones y reductor de los niveles de ansiedad y/o depresión. ⁶

La musicoterapia es una disciplina cada vez más reconocida y utilizada en el tratamiento integral del paciente oncológico. Magill (2006) establece que esta terapia “es aplicada para tratar múltiples síntomas como el dolor, trastornos del estado anímico y aspectos de comunicación. La música puede mejorar el dolor y síntomas de miedo, ansiedad, depresión, frustración y soledad. La musicoterapia reduce los efectos de los estímulos nocivos mientras aumenta el estado anímico y los sentimientos de confort y sensación de control”²²

Un estudio realizado por Bradt et al. (2011) muestra cómo la utilización de la música en la terapia oncológica es una actividad muy efectiva y una intervención terapéutica que, con un enfoque integral, permite cubrir las necesidades del paciente tanto a nivel fisiológico como psicosocial y espiritual.²³

Las intervenciones con musicoterapia parecen tener una influencia interesante en el estado anímico y pueden, a su vez, mejorar la calidad de vida. Estado anímico y calidad de vida son dos variables que han sido objeto de interés en el campo de la musicoterapia oncológica a lo largo de los años⁶.

- El humor: La literatura científica demuestra los beneficios del humor en la evolución del paciente, puesto que se sabe que potencia el sistema inmunológico (aumentando los marcadores inmunológicos). Este campo es estudiado por la psiconeuroinmunología, siendo la ciencia que demuestra la influencia de las emociones en el sistema inmune y por ende, en la salud. Por ello es necesario comenzar a explorar el potencial valor terapéutico del trabajo emocional, además de incluir como intervención enfermera el humor en los planes de cuidado, aprovechando la privilegiada posición que tiene el enfermero con respecto al paciente, lo que le permite valorar y observar el momento apropiado para realizar esa intervención.^{7, 12, 13}

Un Trabajo de revisión realizado por Rchaidia, et al., (2009) sobre las percepciones y opiniones de los pacientes oncológicos se valoraban en una buena enfermera cualidades y actitudes como el optimismo, la sonrisa, el sentido del humor, el positivismo entre otros aspectos que desarrollaban durante la administración de los cuidados y que se traducen en una mejora de la relación terapéutica paciente-enfermera y un aumento de su bienestar.²⁴

La importancia de saber el momento preciso a la hora de realizar esta intervención se encuentra en que el paciente oncológico tiene afectada las esferas social, psicológica y espiritual por el propio impacto de la enfermedad, y gracias a la observación como enfermeros se podrá intervenir en el momento adecuado para lograr el mayor beneficio, que coincide con el objetivo de los cuidados paliativos: crear una mejor calidad de vida para el paciente y sus familiares.^{7,13}

Cabe destacar tanto los beneficios terapéuticos que aporta el humor hacia el paciente, que es la prioridad, como también los beneficios económicos que conlleva, ya que tiene un efecto analgésico (gracias a la liberación de endorfinas o la distracción cognitiva), efecto reductor de la ansiedad y el estrés, y mejora el afrontamiento ante situaciones difíciles. Una de las consecuencias positivas es la disminución del gasto sanitario, ya que si no se realiza ninguna intervención aumenta este un 90% en los últimos 6 meses de vida y un 46% en los últimos 60 días.⁷

La Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) establece como una intervención importante en el contexto de los cuidados el "humor" (código 3R-5320), que se define como *"la acción de facilitar que el paciente perciba, aprecie y exprese lo que es divertido, gracioso o absurdo al efecto de establecer relaciones, aliviar tensiones, liberar sentimientos de ira, facilitar la enseñanza o enfrentarse a sentimientos dolorosos"*.²⁵ Esta intervención es positiva para la salud o para vivir mejor con la enfermedad propiciando el afrontamiento, tanto en la esfera física como en la psicológica, social y/o espiritual.

5. DISCUSIÓN

Independientemente de que hay varios estudios de entre la literatura científica revisada que no han apreciado la influencia significativa del estado de ánimo en la mejora de los síntomas o del estado de salud y de la calidad de vida de los pacientes oncológicos, relacionándose estos aspectos más que con el estado de ánimo, con el tiempo de desarrollo de la enfermedad y el tipo de cáncer, la mayor parte de los trabajos y estudios analizados respaldan la influencia positiva del estado de ánimo, objetivándose en muchos de ellos la relación entre el buen estado de ánimo con mayor bienestar, mejora en el sistema inmunológico, mayores posibilidades y mejor recuperación, mayor independencia en las actividades de la vida diaria, mayor supervivencia a la enfermedad y mejor calidad de vida.

Se ha identificado en los distintos estudios la importancia del cuidado psicológico al paciente por parte de los profesionales de enfermería a fin de facilitar una interrelación positiva y empática que facilite un cuidado integral y holístico aunando la solidez de los conocimientos y destrezas científico-técnicas con valores humanísticos y éticos.

Existen intervenciones de enfermería complementarias (no convencionales) como la musicoterapia, el humor, el apoyo espiritual, que se han objetivado como relevantes y muy positivas tanto en la mejora del estado de ánimo del paciente oncológico como en la reducción de la ansiedad y en la mejora del estado de salud y del bienestar, presentándose como alternativa a otras terapias mucho más costosas, traumáticas e invasivas.

5.1. Limitaciones del estudio

El tema abordado en la presente revisión al tratarse de comportamientos y actitudes de la esfera psicológica e íntima, con una implicación de los valores y creencias de cada persona, puede dar lugar a interpretaciones subjetivas por parte de los distintos autores de los trabajos y estudios revisados y la falta o limitación del rigor científico que avale las conclusiones sin el refuerzo de un número importante de estudios, por lo que es importante seguir investigando en este área, en cierto modo controvertida, a fin de validar los distintos argumentos de este trabajo confirmándose que la actuación de la enfermera en el estado de ánimo del paciente oncológico mejora sustancialmente su respuesta ante la enfermedad, su bienestar y calidad de vida.

6. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA - PLAN DE CUIDADOS

En base a los aspectos abordados en la revisión y como implicación para la práctica profesional de la enfermería resultante del análisis abordado en este TFG se propone una actuación específica con un plan de cuidados que pueda incidir en la **mejora del estado de ánimo del paciente oncológico** y en la consecución de los mayores niveles de bienestar. Para la descripción de este Plan de cuidados se han definido los principales problemas o respuestas humanas que inciden en el estado de ánimo (tablas 4 a 9) según la clasificación diagnóstica de Enfermería NANDA I - Taxonomía II y los resultados esperados (NOC) y las intervenciones de Enfermería (NIC)

| Diagnóstico de Enfermería: <u>Ansiedad</u> (00146) Dominio: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase: Respuestas de afrontamiento | | FR: Impacto emocional, cambio en estado de salud CD: Negación de problemas, actitud defensiva, dificultad para establecer relaciones..... |
|---|---|--|
| Resultados esperados (NOC) | Intervenciones (NIC) | |
| 1211 Nivel de ansiedad 1302 Afrontamiento de problemas 1402 Autocontrol de la ansiedad | 5820 Disminución de la ansiedad 5330 Control del estado de ánimo 4400 Musicoterapia | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. - Crear un ambiente que facilite la confianza. - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos - Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. - Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. - Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento. - Administrar cuestionarios autocumplimentados (Escala de autoevaluación de Zung para la depresión – ANEXO I, escalas del estado funcional), según corresponda. - Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente. - Enseñar al paciente habilidades para tomar decisiones, según sea necesario - Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional - Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas. - Proporcionar orientación acerca del desarrollo y mantenimiento de sistemas de apoyo (familia, amigos, recursos espirituales, grupos de apoyo y asesoramiento). - Definir el cambio de conducta y/o fisiológico específico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor). - Determinar el interés del individuo por la música. - Identificar las preferencias musicales del individuo. - Informar al individuo del propósito de la experiencia musical. - Elegir selecciones de música concretas representativas de las preferencias del individuo. - Ayudar al individuo a adoptar una posición cómoda. - Limitar los estímulos extraños (p. ej., luces, sonidos, visitantes, llamadas telefónicas) durante la experiencia de escucha. - Proporcionar auriculares, si es conveniente. - Asegurarse de que el volumen es adecuado, pero no demasiado alto. - Evitar dejar la música puesta durante largos períodos. | | |

Tabla 4: Plan de cuidados ante el diagnóstico NANDA de “Ansiedad”

| | |
|---|--|
| Diagnóstico de Enfermería: <u>Aflicción crónica</u> (00137) | |
| <u>Dominio:</u> Afrontamiento/tolerancia al estrés | FR: Crisis en la gestión de la enfermedad CD: Sentimientos negativos, tristeza... |
| <u>Clase:</u> Respuestas de afrontamiento | |
| Resultados esperados (NOC) | Intervenciones (NIC) |
| 1204 Equilibrio emocional 120402 Muestra un estado de ánimo sereno 1409 Autocontrol de la depresión 140909 Refiere mejoría de estado de ánimo | 5270 Apoyo emocional 5420 apoyo espiritual 5320 Humor |
| <ul style="list-style-type: none"> - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional - Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática - Tratar al individuo con dignidad y respeto. - Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales - Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea. - Determinar los tipos de humor apreciados por el paciente. - Determinar la respuesta típica del paciente al humor (risa o sonrisas). - Determinar la hora del día en la que el paciente es más receptivo. - Evitar áreas de contenidos sensibles para el paciente. - Comentar las ventajas de la risa con el paciente. - Disponer de una selección de juegos, dibujos, chistes, vídeos, cintas, libros, etc., humorísticos. . - Retirar barreras ambientales que impidan o disminuyan la ocurrencia de humor espontánea. - Observar la respuesta del paciente y suspender la estrategia de humor, si no es efectiva. - Responder de forma positiva a los intentos humorísticos del paciente | |

Tabla 5: Plan de cuidados ante el diagnóstico NANDA de “Aflicción crónica”

| | |
|---|---|
| Diagnóstico de Enfermería: <u>Afrontamiento defensivo</u> (00071) | |
| <u>Dominio:</u> Afrontamiento/tolerancia al estrés | FR: Impacto emocional CD: Negación de problemas, actitud defensiva, dificultad para establecer relaciones..... |
| <u>Clase:</u> Respuestas de afrontamiento | |
| Resultados esperados (NOC) | Intervenciones (NIC) |
| 1300: Aceptación: estado de salud 1302 Afrontamiento de problemas 1205 Autoestima | 5230 Mejorar el afrontamiento 5230 Apoyo en la toma de decisiones 5400 Potenciación de la autoestima |
| <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. - Valorar la comprensión del paciente del proceso de su enfermedad. - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y capacidades. - Fomentar un dominio gradual de la situación. - Facilitar salidas constructivas a la ira y la hostilidad. - Ayudar al paciente a afrontar el duelo y superar las pérdidas causadas por la enfermedad y/o discapacidad. - Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento. - Animar al paciente a identificar sus virtudes. - Proporcionar experiencias que aumenten su autonomía. - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. - Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo. - Facilitar un ambiente y actividades que aumenten su autoestima. - Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente. | |

Tabla 6: Plan de cuidados ante el diagnóstico NANDA de “Afrontamiento defensivo”

| | |
|---|--|
| Diagnóstico de Enfermería: <u>Disconfort</u> (00214) | |
| <u>Dominio:</u> Confort | FR: Control insuficiente de la situación CD: Inquietud, irritabilidad, llanto, temor..... |
| <u>Clase:</u> Confort físico | |
| Resultados esperados (NOC) | Intervenciones (NIC) |
| 2008.Estado de comodidad 200803 bienestar psicológico 200810 Cuidados compatibles con las creencias culturales | 5440 Aumentar los sistemas de apoyo 5395 Mejora de la autoconfianza |
| <ul style="list-style-type: none"> - Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo. - Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes. - Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos - Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias. - Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas. - Proporcionar información sobre la conducta deseada. - Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta. - Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción - Fomentar la interacción con otros individuos que consiguen cambiar su conducta con éxito (p. ej., participación en un grupo de apoyo o formación en grupo). | |

Tabla 7: Plan de cuidados ante el diagnóstico NANDA de “Disconfort”

| | |
|--|---|
| Diagnóstico de Enfermería: <u>Insomnio</u> (00095) | |
| <u>Dominio:</u> Actividad-reposo | FR: Ansiedad, depresión, temor, factores estresantes CD: Falta de energía, cansancio, agitación, cambios de humor... |
| <u>Clase:</u> Sueño-reposo | |
| Resultados esperados (NOC) | Intervenciones (NIC) |
| 0004 Sueño 000404 Calidad del sueño 1212 Nivel de estrés 2002 Bienestar personal | 1850 Mejorar el sueño 6040 Terapia de relajación |
| <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente. - Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente. - Comprobar el patrón de sueño y observar las circunstancias psicológicas (miedo o ansiedad) y/o físicas (dolor, apnea de sueño, etc.) que interrumpen el sueño. - Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. - Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo actividades que favorezcan la vigilia, según corresponda. - Iniciar/llevar a cabo medidas favorecedoras: masaje, posición cómoda y técnicas de relajación. - Agrupar las actividades de cuidados para minimizar el número de acciones en periodos de sueño. - Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño. - En caso de administración de medicación específica para el sueño, controlar su eficacia - Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado. - Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada. - Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida. - Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible. - Sugerir a la persona que adopte una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados. - Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente. | |

Tabla 8: Plan de cuidados ante el diagnóstico NANDA de “Insomnio”

| | |
|---|---|
| Diagnóstico de Enfermería: <u>Desesperanza</u> (00124) | |
| <u>Dominio:</u> autopercepción | FR: Estrés crónico CD: Pasividad, disminución de la iniciativa, y la comunicación, cambios en el patrón el sueño |
| <u>Clase:</u> <i>autoconcepto</i> | |
| Resultados esperados (NOC) | Intervenciones (NIC) |
| 2000 calidad de vida 200011 Satisfacción con el estado de ánimo 1201 Esperanza 1206 Deseo de vivir | 5310 Dar esperanza 5480 clarificación de valores |
| <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza en la vida. - Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual. - Evitar disfrazar la verdad. - Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias pasadas del paciente/familia. - Emplear una revisión guiada de la vida y/o la reminiscencia, según corresponda. - Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos. - Proporcionar al paciente/familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo. - Ayudar al paciente a priorizar los valores. - Desarrollar e implementar un plan con el paciente para probar las elecciones. - Evaluar la efectividad del plan con el paciente. - Crear una atmósfera de aceptación, sin prejuicios. - Proporcionar un refuerzo para las acciones en el plan que apoyen los valores del paciente. - Apoyar al paciente en la comunicación de los propios valores a los demás. | |

Tabla 9: Plan de cuidados ante el diagnóstico NANDA de “Desesperanza”

Es de destacar la interrelación de los todos los diagnósticos de Enfermería definidos, así como los resultados esperados hacia el paciente (NOC y de las intervenciones de enfermería (NIC) con el grupo de actividades propuestos, con lo que se consigue una propuesta coherente para facilitar en el paciente un buen estado anímico que le ayude en actitudes positivas hacia la calidad de vida y afrontamiento positivo en la enfermedad oncológica.

7.- CONCLUSIONES

1. Uno de los principales deseos de las personas al final de la vida es sentirse confortables.¹⁰ El cuidado integral de enfermería deberá incluir con ese objetivo no solo cuidados físicos ante los distintos problemas y respuestas humanas de la esfera biológica, sino también y de forma igualmente importante, los problemas y respuestas humanas de las esferas psicológica, socio-cultural y espiritual.
2. El cáncer provoca en muchas personas una inadecuada adaptación psicofisiológica a la situación que viven, lo que conduce a una incapacidad en la recuperación y un discomfort que incide en la respuesta adaptativa y en la calidad de vida de forma negativa.
3. El personal de enfermería juega un papel importante en el paciente, sobre todo en la adaptación y aceptación de los cambios o efectos que pueda ocasionar el cáncer. Es por esto que se considera necesario formar a las enfermeras en habilidades específicas para el cuidado del paciente oncológico, abarcando desde su capacidad de comunicación y relación con el paciente y la familia, hasta el optimismo inteligente, aportando comprensión, apoyo, empatía, un trato cercano, resolviendo las dudas y no juzgando, entre otras.
4. La revisión bibliográfica muestra, con evidencias científicas que lo avalan, que entre las intervenciones enfermeras más efectivas para mejorar el estado de ánimo del paciente oncológico se encuentran la musicoterapia y el humor. La musicoterapia ya que tiene un impacto inmediato en el estado psicológico, incidiendo especialmente en la dimensión emocional, además de actuar como catalizador de emociones y reductor de los niveles de ansiedad y/o depresión. El humor debido a que potencia el sistema inmunológico, evidenciándose así la influencia de las emociones en el sistema inmune y, por ende, en la salud. Por todo ello se debe incluir como intervención enfermera en los planes de cuidados, aprovechando la privilegiada posición que tiene con respecto al paciente, lo que le permite valorar y observar el momento apropiado para realizar estas intervenciones.

5. Igualmente, es importante para conseguir un buen estado anímico, prestar atención al problema de la alteración del sueño que de forma importante sufren la mayoría de los pacientes oncológicos. La literatura científica demuestra que la baja calidad de sueño interfiere en la correcta función inmunitaria por lo que aumenta la vulnerabilidad y el deterioro de la salud del paciente.
6. Por último resaltar la importancia de desarrollar planes de cuidados específicos que faciliten una práctica profesional coordinada y homogénea utilizando las herramientas metodológicas que actualmente enmarcan el proceso del cuidado científico de la máxima calidad.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. [Internet]; [Actualizado 2017, citado el 13 febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
2. Real Academia Española. [Internet]; [Actualizado 2014, citado el 13 de febrero de 2017] Disponible en : <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=742bRjf>
3. García A. Leucemia Linfoblástica Aguda: cambios psicológicos y cognitivos en el niño. Universidad Católica de Murcia [Internet] Junio 2014. [citado el 21 de marzo de 2017] Disponible en: <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/1267/TFG%20Garc%c3%ada%20Ayuso%2c%20Ana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. León FJ. Enfermería y paciente terminal: aspectos bioéticos. Enfermería Universitaria [Internet]. 2008 [citado el 21 marzo de 2017];5(4):43 Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/download/30155/28019>
5. Piqueras JA, Ramos V, Martínez AE, Oblitas LA. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. Suma psicológica [Internet]. 2009 [citado el 21 de marzo 2017]; 16 (2):85-112. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3113076>
6. Martí-Augé P, Mercadal-Brotons M, Solé-Resano C. La musicoterapia en oncología. Gaceta Mexicana de oncología [Internet]. 2015 [citado 22 de marzo de 2017]; 14:(6)346-352. Disponible en: <https://www.google.es/search?q=gaceta+mexicana+de+oncologia++La+musicoterapia+en+Oncolog%C3%ADa+Patricia+Mart%C3%ADAug%C3%A9,c,%E2%88%97,+Melissa+MercadalBrotons+y+Carme+Sol%C3%A9Resano&ie=&oe=#q=gaceta+mexicana+de+oncologia+La+musicoterapia+en+Oncolog%C3%ADa+Patricia+Mart%C3%ADAug%C3%A9,c,%E2%88%97,+Melissa+MercadalBrotons+y+Carme+Sol%C3%A9-Resano&spf=1497447992911>
7. Leñero M. La aplicación del humor como intervención enfermera en el manejo de una enfermedad oncológica terminal: a propósito de un caso. Reduca [Internet]. 2014 [citado el 25 de marzo 2017]; 6 (3):328-380. Disponible en: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1715/1731>
8. Fernández C, Villoria E, Amigo I, Padierna C, Fernández R, Peláez I. Influencia del estado emocional en la sintomatología referida por pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón durante el tratamiento con quimioterapia. MEDIPAL [Internet]. 2013 [citado el 3 abril de 2017]; 20(3):85-92. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-influencia-del-estado-emocional-sintomatologia-S1134248X12000535>

9. García G, Barreto P. Trastornos del estado de ánimo al final de la vida: ¿Desmoralización o Depresión?. Revista de Psicopatología y psicología clínica [Internet]. 2008 [citado 10 abril 2017]; 13(2):123-133. Disponible en: [http://aepcp.net/arc/\(5\)%202008\(2\).Garc%C3%ADaSoriano%20y%20Barreto.pdf](http://aepcp.net/arc/(5)%202008(2).Garc%C3%ADaSoriano%20y%20Barreto.pdf)
10. Maté J, Hollenstein MF, Gil FL. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. Psicooncología [Internet]. 2004 [citado el 10 de abril de 2017];1(2-3):211-230. Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero2_3_voll/capitulo18.pdf
11. Braun M, Gordon, D, Uziely B. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. Medline [Internet] Israel: ONF; 2006 [actualizado febrero 2010; citado el 14 abril de 2017]. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewpublication/8248>
12. Gray B, Smith P. Emotional labour and the clinical settings of nursing care: the perspectives of nurses in East London. Medline [Internet] UK: NEP; 2009 [actualizado julio 2009; citado el 14 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18842462>
13. Errasti-Ibarrondo B, Pacrez M, Carrasco JM, Lama M, Zaragoza A, Arantzamendi M. Essential elements of the relationship between the nurse and the person with advanced and terminal cancer: A meta-ethnography. Medline [Internet] Spain: Elsevier; 2015 [actualizado Julio 2015; citado el 17 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25982766>
14. Wittenberg E, Ragan SL, Ferrell B. Exploring Nurse Communication About Spirituality. Medline [Internet] USA: Hospital Palliative Care; 2016 [actualizado 31 Marzo 2016; citado el 17 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27034435>
15. Mok E, Lau KP, Lam WM, Chan LN, Ng J, Chan KS. Health-care professionals' perspective on hope in the palliative care setting. Medline [Internet] Hong Kong: The Hong Kong Polytechnic University; 2010 [actualizado Julio 2010; citado el 17 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20636159>
16. Rolland RA(1), Kalman M. Nurses' attitudes about end-of-life referrals. Medline [Internet] USA: State Nurses Association; 2009 [actualizado 12 Noviembre 2009; citado el 17 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18683450#>

17. Zirleide CF, Serpa de Souza P, Geraldo SF, Limeira ME, de Oliveira RC, da Silva FM. Atención de enfermería en la terminalidad: cumplimiento de los principios de bioética. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2014 [citado el 17 de abril de 2017]; 35 (3) Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000300097
18. Stahlke Wall S, Rawson K. The Nurse Practitioner Role in Oncology: Advancing Patient Care. Medline [Internet] Canada: University of Alberta; 2016 [actualizado 1 Julio 2016; citado el 17 de abril de 2017]. Disponible en: <https://onf.ons.org/onf/43/4/nurse-practitioner-role-oncology-advancing-patient-care>
19. Gray B, Smith P. To be involved or not: factors that influence nurses' involvement in providing treatment decisional support in advanced cancer. Medline [Internet] Nueva Zelanda: J Oncol Nurs; 2009 [actualizado Febrero 2009; citado el 14 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19010732>
20. Daneault S, Lussier V, Mongeau S, Yelle L, Sicotte C, PaillÃP, Dion D, Coulombe M. Ultimate journey of the terminally ill: Ways and pathways of hope. Medline Canada: College of Family Physicians of Canada; 2016 [actualizado Agosto 2016; citado el 19 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27521394>
21. Gloria M. Bulechek, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Ph.D., Joanne McCloskey Dochterman. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ªed. Elsevier, 2006.
22. Magill, L. Role of music therapy in integrative oncology. Journal of the Society for Integrative Oncology. [Internet] 2006. [Citado el 22 de abril de 2017] 4(2), 79-81. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19442341>
23. Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients (Review) 2011. The Cochrane database of systematic reviews, (8), 9-11. doi:10.1002/14651858.CD006911.pub2. Copyright
24. Rchaidia L, Dierckx de Casterlé B, De Blaeser L, Gastmans C. Cancer patients perceptions of the good nurse: a literature review. Nurs Ethics [Internet]. 2009 [citado el 25 de abril de 2017];16(5):528-542. Disponible en: <http://www.cedric-heleinstituut.be/documents/wet-onderzoek/artikels/cancer-patients-perceptions-of-the-good-nurse-rchaidia-et-al.pdf>.

25. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
26. Tumipamba G. Programa de cuidados paliativos para una atención integral de enfermería a los pacientes oncológicos en fase terminal del hospital oncológico Solón Espinosa Ayala núcleo de Quito. UNIANDES [Internet]. 2013 [citado 27 de abril de 2017]. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/4564/1/TUAMGH004-2013.pdf>

9. ANEXOS

ANEXO 1: Escala de autoevaluación de Zung para la depresión.

Muy pocas veces=1 punto, algunas veces=2puntos, muchas veces=3puntos, mayoría de las veces=4puntos.

| <u>Señale una respuesta en cada uno</u> | PUNTOS |
|--|---------------|
| 1. Me siento desanimado, abatido y triste | |
| 2. Por la mañana es cuando mejor me siento | |
| 3. Tengo ataques de llanto o deseo llorar | |
| 4. Tengo problemas de sueño durante la noche | |
| 5. Como igual que antes | |
| 6. Disfruto al mirar/conversar y estar con hombre y mujeres atractivos | |
| 7. Noto que estoy perdiendo peso | |
| 8. Tengo problemas de estreñimiento | |
| 9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado | |
| 10. Me canso sin motivo | |
| 11. Mi mente esta tan despejada como siempre | |
| 12. Me resulta fácil hacer lo que solía hacer | |
| 13. Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto | |
| 14. Tengo esperanza y confianza en el futuro | |
| 15. Me siento más irritable que habitualmente. | |
| 16. Encuentro fácil tomar decisiones | |
| 17. Me creo útil y necesario para la gente | |
| 18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena | |
| 19. Creo que sería mejor para los demás si me muriera | |
| 20. Me gustan las mismas cosas que normalmente me agradan. | |
| TOTAL PUNTOS | |

Criterios de validación según Zung (1965)

| Diag. De los grupos de validación | S.D.S medio sing. | Rango |
|---------------------------------------|-------------------|-------|
| Controles normales | 33 | 25-43 |
| Deprimidos hospitalizados | 74 | 63-90 |
| Deprimidos ambulatorios | 64 | 50-78 |
| Reacciones de ansiedad | 53 | 40-68 |
| Reacciones situacionales transitorias | 53 | 38-68 |