



Grau  
**Infermeria**

FACULTAT DE CIÈNCIES DE LA SALUT  
UMANRESA | UVIC·UCC

# **Intervenciones de enfermería ante la ansiedad del paciente oncológico. Revisión bibliográfica.**

Nombre del estudiante: Ana Cano Rosales.

**Tutora:** Montse Serra.

Trabajo Final de Grado

**Curso:** 2020 / 2021

---

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>  | <b>4</b>  |
| 1.1 <i>Presentación del tema.....</i>                                | 4         |
| 1.2 <i>Justificación.....</i>  | 10        |
| 1.3 <i>Pregunta de estudio.....</i>                                  | 11        |
| <b>2. OBJETIVOS.....</b>   | <b>11</b> |
| 2.1 <i>Objetivo general.....</i>                                     | 11        |
| 2.2 <i>Objetivos secundarios.....</i>                                | 12        |
| <b>3. METODOLOGÍA.....</b>   | <b>12</b> |
| 3.1 <i>Base de datos.....</i>  | 12        |
| 3.2 <i>Criterios de selección.....</i>                               | 12        |
| 3.3 <i>Palabras clave.....</i>                                       | 14        |
| 3.4 <i>Operadores booleanos.....</i>                                 | 14        |
| 3.5 <i>Diagrama de flujo.....</i>                                    | 15        |
| 3.6 <i>Lectura crítica.....</i>                                      | 15        |
| <b>4. RESULTADIS DE LA BÚSQUEDA (TABLA DE RESULTADOS).....</b>       | <b>16</b> |
| 4.1 <i>Resumen.....</i>  | 23        |
| <b>5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>                | <b>27</b> |
| 5.1 <i>Efectividad de las intervenciones frente la ansiedad.....</i> | 28        |
| 5.2 <i>Escalas.....</i>  | 32        |
| 5.3 <i>Otra sintomatología.....</i>                                  | 32        |
| <b>6. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÀCTICA DE LOS RESULTADOS.....</b>   | <b>35</b> |
| <b>7. CONCLUSIONES.....</b>  | <b>36</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>   | <b>38</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>   | <b>43</b> |

---

## RESUMEN

**Introducción y objetivo:** en el momento en que una persona es diagnosticada de cáncer, se produce una serie de reacciones emocionales, provocando así un cambio en su estilo de vida. Entre ellos se encuentra la ansiedad, la cual fluctúa a lo largo de todo el proceso oncológico a medida que la patología mejora o cede. Dada su alta incidencia en pacientes oncológicos, el objetivo del trabajo es determinar la efectividad de las intervenciones recomendadas para la práctica enfermera según la ONS respecto a la ansiedad del enfermo oncológico adulto.

**Método:** se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Dialnet, y Google Scholar, desde octubre de 2020 hasta enero de 2021. Con el fin de obtener artículos relevantes sobre las intervenciones recomendadas por la ONS para tratar o paliar la ansiedad oncológica.

**Resultados:** se han examinado un total de 12 artículos con una homogeneidad en cuanto al tipo de intervenciones. 11 de los artículos afirmaron ser efectivos ante la reducción de la ansiedad (terapias cognitivo-conductuales, reducción del estrés basado en el mindfulness, musicoterapia, e intervenciones psicoeducativas), mientras el artículo restante, basado en la técnica del yoga, no demostró ningún cambio.

**Conclusiones:** ante la disminución de la ansiedad e incluso la obtención de otros beneficios como una reducción de la sintomatología asociada. Se recomiendan para la práctica enfermera aquellas actividades basadas en la terapia cognitivo-conductual, musicoterapia, y reducción del estrés basado en el mindfulness. Se consideran probablemente eficaces, las intervenciones psicoeducativas. El yoga, presenta una eficacia no establecida.

**Palabras clave:** *ansiedad, oncología, enfermería, revisión bibliográfica, terapias cognitivo-conductuales, reducción del estrés basado en el mindfulness, musicoterapia, intervenciones psicoeducativas, yoga.*

---

## ABSTRACT

**Introduction and goals:** to determinate the effectiveness of interventions recommended for the nursing practice, according to the (ONS), about anxiety in adult oncologic patients.

When people are diagnosed with cancer, it produces a lot of emotional reactions, that deal to a change in their lifestyles. Among those emotions, there is anxiety, which fluctuates throughout the oncological process, as the pathology improves or subsides. Due to its high incidence over the oncologic patients, it is relevant to find out the resolution of the aim of this study.

**Methodology:** a bibliographic search was made through the PubMed, Dialnet, and Google Scholar databases, from October 2020 since January 2021, to obtain relevant articles about the interventions recommended by the ONS to treat or palliate the oncologic anxiety.

**Results:** a total number of 12 articles have been reviewed, all of them with an homogenic type of interventions. 11 of those articles claim that the investigated interventions are effective to reduce the anxiety, as cognitive-behavioral therapies, mindfulness-based stress reduction, music therapy, and psychoeducational interventions, while the remaining article which is based on the yoga technique did not demonstrate any significative change over the anxiety.

**Conclusions:** due to the apparent decrease of the anxiety, and even the obtaining of other benefits such as a reduction in associated symptomatology, it is demonstrated that activities based on cognitive-behavioral therapy, music therapy, and mindfulness-based stress reduction are recommended for nursing practice for their usefulness and effectiveness. Psychoeducational interventions are only probably effective, and yoga has an unestablished efficacy.

**Key words:** *anxiety, oncology, nursing, literature review, cognitive-behavioral therapies, mindfulness-based stress reduction, music therapy, psychoeducational interventions, yoga.*

---

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Presentación del tema

A nivel general, el cáncer se trata de una de las principales causas de morbi-mortalidad. En España, se estima que el número de nuevos diagnósticos de cáncer durante el 2020 llegará a alcanzar los 277394 casos, datos similares a los que se calcularon en el 2019.<sup>(1)</sup>

En el 2018, hubo un total de 9,6 millones de muertes a causa de la presencia de un tumor. Convirtiéndose así en la segunda causa de muerte en España, por detrás de las enfermedades circulatorias.<sup>(1)</sup>

Su alta incidencia convierte al cáncer en una patología popularmente conocida. Cuando las personas piensan en ella, suelen asociar la enfermedad a una serie de atributos negativos como: altos niveles de dolor y sufrimiento, falsas creencias relacionadas con la patología, largo desarrollo altamente complejo, largos tratamientos con una medicación muy agresiva, secuelas permanentes, pérdida del control de la situación, pronóstico incierto, y la percepción de estar cerca de una muerte inminente.<sup>(2-4)</sup>

Una vez se ha sido diagnosticado de cáncer y se ha iniciado o se planea el inicio del tratamiento, se produce un cambio en la vida de la persona, ya sea el primer diagnóstico, o el diagnóstico tras una recaída.<sup>(2)</sup>

Este impacto no se ocasiona de la misma manera en todas las personas, varía según el modo que se tiene de afrontar las situaciones, en ocasiones desencadenando un malestar psicológico.<sup>(2,5)</sup> Este estrés que incita la situación, aumenta el riesgo a sufrir ansiedad y depresión en el paciente.<sup>(6)</sup>

Según Maté et al <sup>(3)</sup>, los síntomas neuropsicológicos más frecuentes en un paciente diagnosticado de cáncer son el insomnio, la depresión, y la ansiedad. Estando las dos últimas presentes entre un 25-50%.

---

## DEFINICIÓN DE LA ANSIEDAD

Antonio Cano define la ansiedad como *“una reacción emocional que aparece ante una situación de alarma, ambigüedad, o de resultado incierto preparando al organismo para actuar ante ella”* <sup>(5)</sup>

Se trata de una reacción normal de carácter adaptativa, esencial para la supervivencia humana. Prepara al organismo ante una amenaza, generando una respuesta apropiada ante un peligro real. <sup>(3,7)</sup> Esta reacción es plenamente subjetiva, cada individuo percibe la realidad de una forma concreta, dependiendo del grado de amenaza que le otorga, las consecuencias intuidas y la capacidad que considera tener para poder afrontarla. <sup>(5)</sup>

Forma parte de la vida de las personas, pero en ocasiones puede ser desproporcionada a la verdadera amenaza. Es en este instante cuando se considera como ansiedad desadaptativa, pudiendo llegar a evolucionar a una patología. <sup>(3)</sup>

Según la taxonomía NANDA <sup>(8)</sup>, libro que categoriza los diferentes diagnósticos de enfermería, la ansiedad se trata de una *“sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una sensación de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.”*

Cuando una persona mantiene un alto nivel de ansiedad durante un largo tiempo, sufre un cambio en su bienestar psicológico. Además: se producirán cambios en el sistema fisiológico a causa de su constante activación; el sistema inmunológico no será capaz de defenderse correctamente; y se producirá una alteración del proceso cognitivo. <sup>(2)</sup> Toda esta sintomatología física y psíquica, normalmente se encuentra enmascarada somáticamente. <sup>(3)</sup>

---

## RELACIÓN ANSIEDAD-CÁNCER

La ansiedad se trata de una respuesta común y natural por parte del paciente oncológico, siendo varios los estudios que hablan sobre su prevalencia. Según González et al <sup>(9)</sup>, la ansiedad se considera clínicamente relevante en un 54% de los casos. Mientras en el estudio realizado por Rodríguez et al, el 33% de los pacientes presentaban síntomas subclínicos, y un 15,7% clínicos. <sup>(10)</sup>

Puede aparecer en cualquier momento del proceso: <sup>(2,3,11)</sup>

- Cuando la persona se encuentra una masa y empieza a conjeturar que padece un tipo de cáncer.
- Durante las pruebas diagnósticas, ante la sospecha médica de una afectación de carácter tumoral.
- En el momento del diagnóstico neoplásico o de la recidiva.
- Durante el tratamiento, ya sea el habitual o tras una modificación de la pauta, y una vez este sea finalizado.
- Durante el seguimiento de estadios terminales o avanzados.

Los niveles de ansiedad suelen ser fluctuantes, aumentan o disminuyen a medida que va pasando el curso de la enfermedad. La sospecha de un diagnóstico tumoral aumenta los niveles de ansiedad en las personas, una vez confirmado el diagnóstico, la ansiedad tiende a disminuir. Seguidamente, una vez que se inicia el tratamiento, comienza a aumentar siendo en esta etapa cuando se suelen desarrollar problemas patológicos. Esto se debe a la agresividad del tratamiento en sí, la amenaza de signos y síntomas, y la incertidumbre. Incluso, una vez finalizado el tratamiento y tras haberse recuperado, pueden surgir secuelas psicológicas como una ansiedad crónica o un estrés postraumático ante el miedo de volver a padecer todo el proceso oncológico. <sup>(2)</sup>

Abuelgasim K et al. <sup>(12)</sup> sugiere que esto se debe a que los pacientes oncológicos se sienten constantemente amenazados y esperan que la enfermedad reaparezca en cualquier momento, por lo que, independientemente del estado de la patología, el sentimiento continuará durante toda su vida.

Es importante identificar y controlar la ansiedad en pacientes con cáncer, ya que generalmente se orienta a una mala adherencia al tratamiento y reduce su capacidad para tolerarlo, agravando sus efectos secundarios, lo que conlleva a una mala progresión de la enfermedad. <sup>(3,12)</sup>

---

En los casos más graves, la persona puede llegar a evitar cualquier situación relacionada con la patología (sobretudo en caso de estrés postraumático), afectando así en su toma de decisiones.<sup>(2)</sup> De tal manera, en comparación con aquellos que no padecen ansiedad de forma patológica, están menos involucrados en la atención médica y requieren una estadía hospitalaria más prolongada.<sup>(12)</sup>

## **SIGNOS Y SÍNTOMAS**

Siguiendo la teoría tridimensional de Lang, la ansiedad se manifiesta mediante un conjunto de respuestas agrupadas en 3 clases (ver anexo 1):<sup>(3,7)</sup>

- **Cognitiva:** sentimientos y pensamientos que aparecen durante un estado de ansiedad. Por ejemplo, la dificultad para concentrarse y mantener la atención, preocupación a largo plazo, disminución del rendimiento intelectual, etc.
- **Fisiológico:** aumento de la actividad del sistema nervioso simpático. En ocasiones, estos pueden llegar a ser tan intensos que la persona piensa que está sufriendo un ataque al corazón y se va a morir. Por ejemplo, taquicardia, palpitaciones, sequedad bucal, cefalea, hipertensión, etc.
- **Conductual:** comportamiento a través del sistema nervioso motor. Por ejemplo, irritabilidad, inquietud, alerta excesiva, temblor, tartamudeo, etc.

La correcta detección de los signos y síntomas de la ansiedad facilita la correcta detección del grupo de riesgo y el correcto beneficio del tratamiento.<sup>(10)</sup>

## **DETECCIÓN ANSIEDAD**

Debido a la naturaleza del paciente oncológico, es difícil distinguir la existencia de una ansiedad patológica. Por ese motivo, para poder realizar un correcto diagnóstico, se debe determinar si la causa del trastorno de ansiedad se debe a las condiciones médicas generales (dolor, secuelas, complicaciones, etc), a los medicamentos (corticoesteroides, dexametasona, morfina, etc), o a la abstinencia causada por drogas o alcohol. (ver anexo 2)<sup>(3)</sup>

Existen una serie de factores que influyen en la aparición de la ansiedad. Entre ellos se incluyen:<sup>(10,12,13)</sup>



- 
- **Sexo:** afecta a más mujeres que hombres.
  - **Edad:** afecta mayoritariamente a la población más joven, quienes perciben la situación con un mayor grado de amenaza a causa de la posible interrupción en la crianza de los hijos, una experiencia de la vida más baja, o la falta de habilidades en la resolución de conflictos.
  - **Tipo y estadio de cáncer:** ante la presencia de metástasis.
  - **Tipo de tratamiento:** afecta en mayor grado al paciente que se somete a quimioterapia en comparación con la radioterapia. En vista de sus efectos secundarios, los cambios en la apariencia física, y el hecho de que su objetivo sea reducir el riesgo de metástasis y no eliminar las células cancerosas (al igual que la radioterapia).
  - **Entorno familiar:** un bajo apoyo familiar aumenta el riesgo.
  - **Antecedentes psiquiátricos:** mayor riesgo de sufrir ansiedad ya que perciben la situación como una verdadera amenaza.

En la mayoría de las ocasiones, los pacientes y el personal de salud se encuentran tan preocupados por los componentes físicos de la patología que no son capaces de reconocer la gravedad del nivel de angustia psicológica. <sup>(13)</sup>

Con el fin de proporcionar una respuesta adecuada o de realizar una correcta derivación con un especialista en psicooncología, es imprescindible disponer de una serie de métodos evaluativos para determinar la intensidad de estos síntomas <sup>(14)</sup>.

Entre ellos se destacan:

- **HADS** <sup>(15)</sup> (escala de ansiedad y depresión hospitalaria): autoinforme que consta de dos escalas, una para la ansiedad y otra para la depresión, con 7 ítems sumatorios cada una que van del 0 al 21. Es una de las más utilizadas.
- **POMS** <sup>(16)</sup> (perfil del estado de ánimo): autoinforme que consta de 6 escalas para la ansiedad, depresión, hostilidad, activación, cansancio y desorientación.
- **BSI** <sup>(17)</sup> (Brief Symptom Inventory): inventario que consta de 9 subescalas: ansiedad, depresión, somatización, sensibilidad interpersonal, obsesividad, hostilidad, ansiedad fóbica, paranoidismo y psicoticismo.
- **STAI** <sup>(18)</sup> (State-Trait Anxiety Inventory): inventario que consta de 2 subescalas con 20 ítems cada una. Una de las escalas se encarga de evaluar la ansiedad como estado (transitoria), y la otra la ansiedad como rasgo (estable). Se trata de el cuestionario más utilizado en España.

---

## TRATAMIENTO

El tratamiento general se basa en el uso de fármacos. Estos se basan en la administración de ansiolíticos, especialmente las benzodiazepinas, para tratar: los trastornos adaptativos que acompañan a la ansiedad o la depresión; las crisis de ansiedad; los trastornos de sueño como el insomnio; el síndrome de abstinencia alcohólica; el control de las náuseas y vómitos; y como relajante muscular. Las más usadas en la oncología son el *lorazepam*, *clonazepam*, y *alprazolam*.<sup>(3)</sup>

Sin embargo, existen un gran número de intervenciones y tratamientos no farmacológicos ni invasivos con el objetivo de reducir la ansiedad.

Siguiendo la clasificación realizada por la “*Oncology Nursing Society*” (ONS)<sup>(19)</sup>, formulada siguiendo el esquema de calificación “*Poniendo en Evidencia la Práctica*” (PEP) el cual categoriza las acciones en cuatro apartados: recomendado para la práctica, probablemente sea eficaz, efectividad no establecida, y efectividad improbable (*ver anexo 3*). Dentro de las acciones recomendadas para la práctica enfermera se destacan:<sup>(19)</sup>

- **Terapias cognitivo-conductuales (TCC):** programas con la capacidad de ayudar a los usuarios a identificar pensamientos y creencias negativas para que puedan modificarlas, a partir de examinar la conexión entre los pensamientos, sentimientos y comportamiento.

Ayudan a las personas a identificar comportamientos beneficiosos e inútiles, establecer metas, desarrollar habilidades para resolver problemas e implementar nuevos comportamientos para promover respuestas efectivas a su condición.

Los programas pueden incluir actividades como la educación o el uso de técnicas de relajación. Estos pueden proporcionarse de manera individual o grupal, y pueden aplicarse de forma presencial, por teléfono o por otros medios.

- **Reducción del estrés basado en el *mindfulness* (MBSR):** basado en disciplinas tradicionales de la filosofía oriental, como el yoga y el budismo, tiene como objetivo enseñar a las personas a procesar experiencias de manera eficaz mediante la conciencia, el pensamiento y las sensaciones físicas.

---

Los participantes aprenden a realizar ejercicios de mindfulness, como la exploración corporal, el yoga, y la meditación.

- **Música o musicoterapia:** uso de la música para que su influencia en el funcionamiento fisiológico, psicológico y emocional de las personas.  
Las intervenciones musicales varían desde escuchar música (musicoterapia pasiva) a formar parte de la creación musical (musicoterapia activa).
- **Intervenciones psicoeducativas (PEI):** actividades que combinan la educación con el asesoramiento y apoyo. Generalmente se basan en proporcionar información al paciente sobre el tratamiento, síntomas, recursos y servicios, responder a problemas relacionados con la patología y estrategias para su resolución.  
Incluyen el uso de folletos educativos, vídeos, audios, y material digital que pueden realizarse de forma individual o grupal.
- **Yoga:** ciencia oriental antigua que incorpora técnicas de reducción del estrés basadas en la relajación y meditación, y varias posturas.

## 1.2 Justificación

Tal como se ha comentado, el cáncer es una patología que conlleva dificultades no solo físicas, sino psíquicas y espirituales. Tanto el personal sanitario como los propios pacientes muestran una mayor preocupación por los aspectos físicos que por la psicológica y emocional, dejándolas de lado en la mayoría de las ocasiones sin saber que pueden recibir ayuda para tratar estos síntomas. <sup>(13)</sup> Estos síntomas no afectan solo al cáncer, sino también a la calidad de vida la persona.

Al realizar una evaluación del paciente oncológico se debería contemplar a la persona desde un aspecto holístico, donde también se consideran los aspectos psicosociales como una parte integral en el cuidado de la persona. De esta manera se pueden seleccionar aquellas intervenciones adecuadas al estado del paciente, aumentando así su calidad de vida y, en consecuencia, consiguiendo un mejor pronóstico de la patología.

---

El personal de enfermería es uno de los profesionales del sector sanitario que pasa los periodos de tiempo más largos con el paciente, por ende, quién realiza un seguimiento más exhaustivo de su estado de salud. De tal manera, es capaz de detectar con mayor facilidad los cambios en el estado de ánimo o en el comportamiento de la persona.<sup>(14)</sup> Por lo tanto, una correcta evaluación y detección por parte de enfermería puede evitar que el problema se agrave.

Basándome en mi experiencia realizando prácticas de enfermería en una planta psiquiátrica, pude observar de como realmente afectan las emociones y el mal estar mental a una persona. Al igual que pude comprobar cómo realmente la actuación enfermera en este contexto conllevaba a una considerable mejoría y a un mayor bienestar.

En base a las reflexiones comentadas, se plantea el correcto papel de la enfermera en el tratamiento de un estado de ansiedad en el paciente oncológico, y se dicta la pregunta de estudio reflejada en el siguiente apartado.

### **1.3 Pregunta de estudio**

Para construir la pregunta de estudio se utilizó el método PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcome) donde se aplicaron los siguientes criterios:

- **P:** paciente neoplásico con ansiedad.
- **I:** intervenciones enfermeras recomendadas para la práctica según la ONS para reducir la ansiedad.
- **C:** pacientes que no reciben ningún tipo de intervención.
- **O:** evitar, reducir, o controlar la ansiedad.

Por lo tanto, la pregunta de estudio formulada sería: ¿qué tan efectivas son las intervenciones recomendadas para la práctica enfermera según la ONS para evitar, reducir, o controlar la ansiedad en los pacientes oncológicos?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo general**

Determinar la efectividad de las intervenciones recomendadas para la práctica enfermera según la ONS con respecto a la ansiedad del enfermo oncológico adulto.

---

## 2.2. Objetivos secundarios

- Analizar el tipo de intervención más adecuada según el tipo de paciente oncológico con ansiedad.
- Analizar que otra sintomatología muestra beneficios tras el uso de las intervenciones.
- Analizar los instrumentos de medición de ansiedad más utilizados.

## 3.METODOLOGÍA

### 3.1 Base de datos

Las bases de datos son herramientas de recopilación científica actualizada, permitiendo a los usuarios encontrar y seleccionar referencias bibliográficas de acuerdo con sus intereses de investigación.

Las utilizadas para la realización de esta revisión bibliográfica fueron:

- **PubMed:** motor de búsqueda con contenido de Medline y otras revistas científicas.
- **Dialnet:** portal hispano especializado en las ciencias sociales y humanas.
- **Google Scholar:** motor de búsqueda de google enfocado en la búsqueda de evidencia científica.

La búsqueda se realizó durante el periodo de octubre del 2020 y enero de 2021. Esta se realizó basándose en la pregunta de estudio y partiendo de los criterios de selección, junto a las diferentes técnicas de búsqueda que se describirán a continuación.

### 3.2 Criterios de selección

En vista de las características concretas y exclusivas de la población pediátrica y del paciente en final de vida (paliativos), la siguiente revisión se centra en los pacientes adultos con un diagnóstico neoplásico que no se encuentren en un tratamiento paliativo. De igual manera, se excluyeron aquellos artículos que iban dedicados en su totalidad a una muestra basada en los familiares o el cuidador.

---

La selección se basó en aquellos estudios que basados en el tratamiento de la ansiedad a partir de intervenciones que pueden ser realizadas por el personal de enfermería de manera ambulatoria (atención primaria/ hospitales de día), dentro de la clasificación PEP determinada por la OMS en la categoría “recomendadas para la práctica”.

Debido a la falta de variedad de artículos disponibles aplicando el filtro de “fecha de publicación: 5 años” se decidió aumentar el margen de tiempo publicado a 10 años, priorizando aquellos más recientes al 2021. De tal manera, en todas las búsquedas de PubMed y Google Scholar se aplicó el filtro “fecha de publicación: 10 años”

Además, se decidió hacer uso de estudios experimentales ya que estos permiten no sola construir inferencias sobre lo que sucedió en la población de estudio, sino también extender los resultados a la población fuera de estudio. Gracias a él se puede demostrar la causalidad de la intervención, ya que esta se realiza en la muestra para seguidamente observar su efecto y resultados.

Los criterios de inclusión y exclusión se encuentran detallados en la *Tabla 1*.

**Tabla 1. Criterios de selección**

| <b>Criterios de inclusión</b>  | <b>Criterios de exclusión</b>  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Intervenciones destinadas a reducir la ansiedad.</li><li>- Intervenciones recomendadas para la práctica según la ONS.</li><li>- Muestra formada por pacientes adultos con cáncer.</li><li>- Intervenciones ambulatorias.</li><li>- Estudios experimentales y cuasi - experimentales.</li><li>- Fecha de publicación: 2012-2021</li><li>- Idioma: español e inglés.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Muestra formada por familiares o cuidadores de pacientes con cáncer.</li><li>- Pacientes en tratamiento paliativo.</li><li>- Pacientes con ansiedad por estrés postraumático.</li><li>- Puntuación Caspe inferior a 8.</li></ul> |

---

### 3.3 Palabras clave

Las palabras claves aplicadas se seleccionaron a partir de los descriptores MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencia de la Salud). (Tabla 2)

Los primeros se tratan de los descriptores específicos de la base de datos PubMed, los cuales se encuentran en inglés. Mientras que los segundos se tratan de su traducción al español y pueden ser utilizados en otras bases de datos, en este caso Dialnet y Google Scholar.

**Tabla 2: Descriptores MeSH y DeCs.**

|             |   |
|-------------|---|
| <b>MeSH</b> | Anxiety, oncology nursing, neoplasms, cognitive behavioral therapy, music therapy, yoga, mindfulness        |
| <b>DeCs</b> | Ansiedad, enfermera oncológica, neoplasia, terapia cognitivo conductuales, musicoterapia, yoga, mindfulness |

### 3.4 Operadores booleanos

Para la correcta búsqueda de datos se utilizaron los nominados operadores booleanos. Estos se tratan de una estrategia de búsqueda que permite la combinación de una serie de términos seleccionados con el fin que obtener los resultados más relevantes y así conseguir una búsqueda más específica.

Entre ellos se encuentran los siguientes términos:

- **AND:** para la obtención de documentos que contengan todos los términos incluidos.
- **OR:** para la obtención de documentos que contengan uno de los términos incluidos.
- **NOT:** excluye los documentos que contengan el término no deseado.

Estos pueden combinarse con otras estrategias de búsqueda como el uso de “ ” para la búsqueda de frases exactas.

El uso de los operadores booleanos se ha utilizado para la búsqueda de documentos en las bases de datos: PubMed, Dialnet, y Google Scholar. Aplicando el filtro de “fecha de publicación: 10 años”, en PubMed y Google Scholar. (Tabla 3).

**Tabla 3: Estrategias de búsqueda**

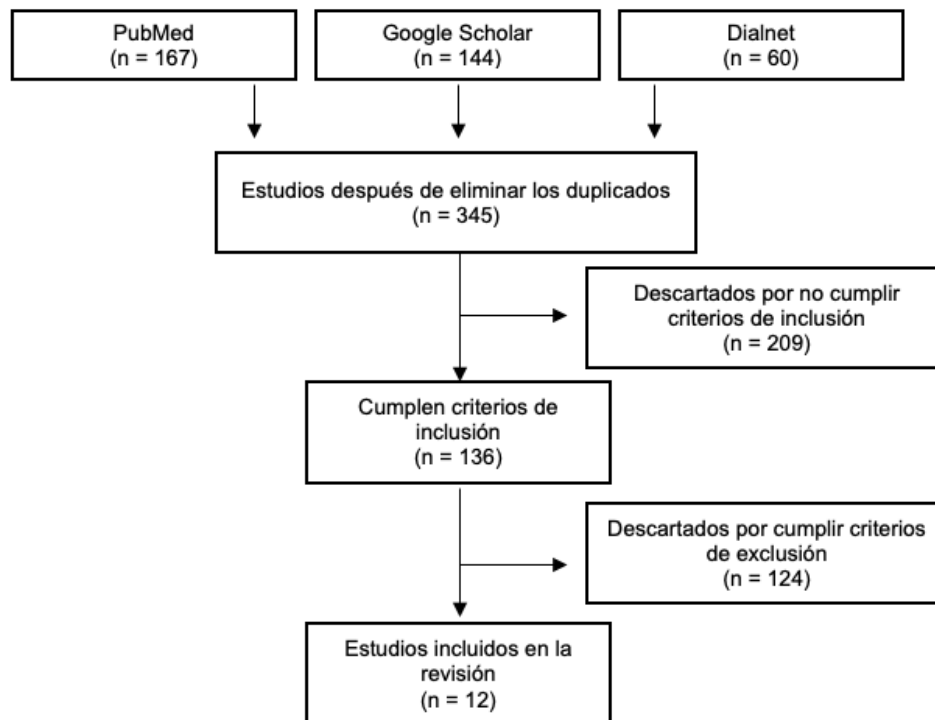
| <b>Base datos</b>     | <b>Estrategia de búsqueda</b>  | <b>Obtenidos</b> | <b>Excluidos<sup>1</sup></b> | <b>Seleccionados<sup>2</sup></b> |
|-----------------------|--|------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <i>PubMed</i>         | Oncology nursing AND (neoplasms OR cancer) AND anxiety AND “cognitive behavioral therapy”            | 39               | 37                           | 2                                |
|                       | Oncology nursing AND (neoplasms OR cancer) AND anxiety AND yoga                                      | 25               | 23                           | 2                                |
|                       | Oncology nursing AND (neoplasms OR cancer) AND anxiety AND music therapy                             | 46               | 43                           | 3                                |
|                       | Oncology nursing AND cancer AND anxiety AND Psychoeducation  | 24               | 22                           | 2                                |
|                       | Oncology nursing AND cancer AND anxiety AND mindfulness  | 33               | 30                           | 3                                |
| <i>Google Scholar</i> | Ansiedad AND (cáncer OR neoplasia) AND enfermera oncológica AND “terapia cognitivo conductuales”     | 30               | 30                           | 0                                |
|                       | Ansiedad AND (cáncer OR neoplasia) AND enfermera oncológica AND (musicoterapia OR “terapia musical”) | 31               | 30                           | 1                                |
|                       | Ansiedad AND (cáncer OR neoplasia) AND enfermera oncológica AND yoga                                 | 29               | 29                           | 0                                |
|                       | Ansiedad AND (cáncer OR neoplasia) AND enfermera oncológica AND mindfulness                          | 20               | 20                           | 0                                |
|                       | Ansiedad AND (cáncer OR neoplasia) AND enfermera oncológica AND psicoeducación                       | 34               | 34                           | 0                                |
| <i>Dialnet</i>        | Enfermera oncológica AND cáncer AND ansiedad AND “terapia cognitivo conductuales”                    | 26               | 26                           | 0                                |
|                       | Ansiedad AND (cáncer OR neoplasia) AND enfermera oncológica AND (musicoterapia OR “terapia musical”) | 11               | 10                           | 1                                |
|                       | Ansiedad AND (cáncer OR neoplasia) AND enfermera oncológica AND yoga                                 | 3                | 3                            | 0                                |
|                       | Ansiedad AND (cáncer OR neoplasia) AND enfermera oncológica AND mindfulness                          | 15               | 15                           | 0                                |
|                       | Ansiedad AND (cáncer OR neoplasia) AND enfermera oncológica AND psicoeducación                       | 5                | 5                            | 0                                |
| <i>Duplicados</i>     |  | 26               |                              |                                  |
| <b>Total</b>          |  | <b>345</b>       |                              | <b>12</b>                        |

<sup>1</sup> Artículos que cumplen los criterios de selección.

<sup>2</sup> Artículos seleccionados tras una lectura crítica.



### 3.5 Diagrama de flujo



### 3.6 Lectura crítica

La lectura clínica de la evidencia científica se realizó a partir de las plantillas CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español). Estas están formadas por un total de 11 preguntas con el fin de comprobar el criterio de los artículos preseleccionados. De tal manera, fue posible la detección de aquellos artículos que resultaran válidos y útiles para el tema a investigar.

Existe un tipo de plantilla correspondiente a cada metodología de investigación (casos-control, estudios cualitativos, estudios cuantitativos, revisiones sistemáticas, cohortes, ensayos clínicos, etc). En la siguiente revisión la plantilla asignada a la metodología correspondiente usada fue la de ensayos clínicos. (Ver anexo 4)<sup>(20)</sup>

Tras realizar las plantillas adecuada a los estudios y artículos seleccionados, un total de 12 artículos fueron validados para emplear en la revisión. Todos ellos obtuvieron una puntuación de como mínimo 8 de 11 preguntas, dado que muchos de los artículos, aunque no detallaran en profundidad la recolección de datos o método de análisis, proporcionaban una correcta discusión e interpretación de los datos (Ver anexo 5).

#### 4. RESULTADIS DE LA BÚSQUEDA (TABLA DE RESULTADOS)

| Autor/año y diseño  | Muestra   | Objetivo  | Escala ansiedad                       | Intervención  | Conclusiones  |
|---|---|---|---------------------------------------|---|---|
| <p><b>Virginia P. Henderson, et al. 2011</b> (21)</p> <p>Ensayo clínico aleatorizado</p> <p>CASPe: <b>10/11</b></p> | <p>Pacientes con cáncer de mama recién diagnosticado.</p> <p>Con un <b>total</b> de 172 mujeres.</p>    | <p>Evaluar los resultados psicosociales y calidad de vida mediante un programa de corta duración basado en MBSR</p> | <p>Inventario de ansiedad de Beck</p> | <p><b>MBSR</b></p> <p>7 sesiones semanales durante 8 semanas de meditación y yoga. Acompañadas de 3 sesiones mensuales de 2 horas de apoyo grupal, intercambio de ideas y práctica.</p> | <p>Los pacientes presentaron un aumento en el afrontamiento cognitivo-conductual y una mejora significativa sobre la ansiedad, depresión, hostilidad, ira y paranoia.</p> |
| <p><b>Anand Dhruva, et al. 2012</b> (22)</p> <p>Ensayo clínico aleatorizado.</p> <p>CASPe: <b>8/11</b></p>          | <p>Pacientes oncológicos que reciben quimioterapia.</p> <p>Con un <b>total</b> de 16 participantes.</p> | <p>Evaluar la eficacia del pranayama con los síntomas asociados con el cáncer y la calidad de vida</p>              | <p>HADS</p>                           | <p><b>Técnica de respiración de yoga (pranayama)</b></p> <p>Clases semanales de 1 hora sobre 4 técnicas de respiración basadas en el yoga y su práctica domiciliaria.</p>               | <p>Se reducen los niveles de ansiedad, depresión, estrés, e insomnio. A su vez mejora la calidad de vida (física y psicológica)</p>                                       |

|  |   |  |                              |  |  |
|--|---|--|------------------------------|--|--|
| <p><b>AnnMarie Groarke, et al. 2012 (23)</b></p> <p>Ensayo controlado aleatorizado.</p> <p>CASPe: <b>11/11</b></p> | <p>Pacientes con cáncer de mama durante tratamiento adyuvante tras IQ.</p> <p>Con un <b>total</b> de 355 mujeres.</p> | <p>Evaluar si las TCC reducen el estrés y la angustia.</p>   | <p>HADS</p>                  | <p><b>TCC</b></p> <p>5 semanas con 93h de actividades divididas en cintas de audio de relajación, manuales, y la creación de un diario de experiencias y sentimientos.</p>     | <p>Las intervenciones mostraron una reducción en la ansiedad y estrés en altos niveles, y mostraron mayor hallazgo de beneficios. Principalmente en mujeres que sentían un alto nivel de estrés.</p>       |
| <p><b>Serife Karagozolu, et al. 2012 (24)</b></p> <p>Experimental</p> <p>CASPe: <b>10/11</b></p>                   | <p>Pacientes oncológicos con tratamiento de quimioterapia.</p> <p>Con un <b>total</b> de 40 participantes.</p>        | <p>Investigar los efectos de la musicoterapia e imágenes guiadas sobre la ansiedad, náuseas y vómitos.</p> | <p>STAI</p>                  | <p><b>Musicoterapia + imágenes guiadas</b></p> <p>5 cuadros con vistas a la naturaleza relacionados con un CD de música instrumental suave antes y durante el tratamiento.</p> | <p>Se produjo una reducción los niveles de ansiedad provocada por la quimioterapia, y las náuseas y vómitos padecidas.</p>   |
| <p><b>Hanne Würtzen, et al. 2013 (25)</b></p> <p>Ensayo clínico aleatorizado</p> <p>CASPe: <b>10/11</b></p>        | <p>Pacientes con cáncer de mama.</p> <p>Con un <b>total</b> de 336 mujeres.</p>                                       | <p>Determinar la eficacia de un programa MBSR sobre la ansiedad y depresión.</p>                           | <p>Symptom Check list 90</p> | <p><b>MBSR</b></p> <p>8 sesiones grupales semanales de 2 horas que incluyen meditación, yoga, y asesoramiento psicoeducativo.</p>  | <p>Los pacientes presentaron una mejora en los niveles de ansiedad y depresión, siendo esta mejora significativamente mejor en participantes con mayores niveles de ansiedad antes de la intervención.</p> |

|  |  |   |             |   |  |
|--|--|---|-------------|---|--|
| <p><b>Lee Chen Chen, et al. 2013 (26)</b></p> <p>Cuasi experimental</p> <p>CASPe: <b>9/11</b></p>            | <p>Pacientes oncológicos con tratamiento de radioterapia.</p> <p>Con un <b>total</b> de 200 participantes.</p>           | <p>Evaluar los efectos de la música en la reducción de la ansiedad.</p>   | <p>STAI</p> | <p><b>Musicoterapia</b></p> <p>15 minutos de música suave a bajo volumen elegida por la persona antes de la sesión de radioterapia.</p>   | <p>La musicoterapia disminuyó los niveles de ansiedad, y mejoró la presión arterial sistólica.</p>                 |
| <p><b>Taso Chao Jung, et al. 2014 (27)</b></p> <p>Ensayo clínico aleatorizado.</p> <p>CASPe: <b>8/11</b></p> | <p>Pacientes con cáncer de mama durante el tratamiento adyuvante.</p> <p>Con un <b>total</b> de 60 mujeres.</p>          | <p>Diseñar un programa de yoga y probar su eficacia en la mejora de la ansiedad, depresión y fatiga.</p>                          | <p>POMS</p> | <p><b>Programa de ejercicio diario de yoga.</b></p> <p>60 minutos de actividad diaria divididos en 10 minutos de meditación, 40 minutos de ejercicios, y 10 minutos de estiramientos durante 8 semanas.</p>                         | <p>El yoga no reduce los niveles de ansiedad ni depresión, pero si reduce la fatiga.</p>                           |
| <p><b>Rathi Mahendran, et al. 2015 (28)</b></p> <p>Cuasi experimental</p> <p>CASPe: <b>9/11</b></p>          | <p>Pacientes oncológicos recién diagnosticados que recibirán quimioterapia. Con un <b>total</b> de 63 participantes.</p> | <p>Comprobar la eficacia de una breve PEI dirigida por enfermería para aliviar la angustia, la morbilidad psiquiátrica menor,</p> | <p>HADS</p> | <p><b>PEI y TCC</b></p> <p>Sesiones presenciales de 20-30 minutos mensuales durante 2 meses y bimensual durante 4 meses. Acompañadas de PEI sobre el manejo del estrés, ansiedad depresión e insomnio, técnicas conductuales de</p> | <p>Las intervenciones redujeron los niveles de ansiedad, depresión y angustia, y mejoraron la calidad de vida.</p> |

|  |  |   |             |   |  |
|--|--|---|-------------|---|--|
|  |  | y las preocupaciones psicosociales.   |             | relajación y diálogo interno, y material y apoyo complementario.  |  |
| <p><b>Teresa Lesiuk, et al. 2015 (29)</b></p> <p>Ensayo controlado longitudinal.</p> <p>CASPe: <b>8/11</b></p> | <p>Pacientes con cáncer de mama durante el tratamiento de quimioterapia con formación musical.</p> <p>Con un <b>total</b> de 15 mujeres.</p> | <p>Explorar la eficacia del mindfulness basado en musicoterapia para mejorar la atención y disminuir la ansiedad.</p>       | <p>POMS</p> | <p><b>Mindfulness basado en musicoterapia (MBMT).</b></p> <p>Sesiones de 1 hora, 1 día a la semana durante 4 semanas acompañadas con un CD de música semanal, reflexiones escritas sobre el tema de la semana, y actividades de mindfulness.</p>    | <p>La intervención de MBMT a largo plazo mejora el estado de ánimo (ansiedad, ira, fatiga, y confusión) y los niveles de actividad en mujeres que ya presentan problemas de atención y trastornos en el estado de ánimo.</p>                           |
| <p><b>Pei Hua, et al. 2017 (30)</b></p> <p>Ensayo controlado aleatorizado.</p> <p>CASPe: <b>10/11</b></p>      | <p>Pacientes con cáncer de mama con tratamiento de quimioterapia.</p> <p>Con un <b>total</b> de 40 mujeres.</p>                              | <p>Evaluar los efectos del PEI sobre la ansiedad, depresión, conocimientos, autoeficacia, resiliencia y calidad de vida</p> | <p>HADS</p> | <p><b>PEI</b></p> <p>6 sesiones de 1 hora durante 5 tratamientos de quimioterapia. Las sesiones se dividieron en el uso de un manual educativo con información sobre la condición médica y actividades para cada situación, y autoevaluaciones.</p> | <p>Las PEI reducen los niveles de ansiedad y depresión tras finalizar las sesiones de quimioterapia.</p> <p>También aumentan el conocimiento sobre la enfermedad, mejorando la resiliencia y calidad de vida durante el tratamiento quimioterapia.</p> |

|   |   |  |             |  |   |
|---|---|--|-------------|--|---|
| <p><b>Isabel Selfa Martínez, et al. 2018</b> (31)</p> <p>Cuasi experimental</p> <p>CASPe: <b>9/11</b></p>   | <p>Pacientes oncológicos en tratamiento tratado en Hospital de día.</p> <p>Con un <b>total</b> de 74 participantes.</p> | <p>Conocer si la musicoterapia ayuda a disminuir los niveles de ansiedad.</p>                | <p>STAI</p> | <p><b>Musicoterapia</b></p> <p>Reproducción de un CD con música en la sala donde se recibía el tratamiento</p>   | <p>La intervención con musicoterapia ha disminuido significativamente la ansiedad latente y en menor medida a largo plazo. Además, se encontró mejora en síntomas como depresión, miedo, insomnio, trastornos digestivos y dolor agudo.</p> |
| <p><b>Ascensión Bellve Pérez, et al. 2019</b> (32)</p> <p>Cuasi experimental</p> <p>CASPe: <b>10/11</b></p> | <p>Pacientes con cáncer de mama al final del tratamiento adyuvante.</p> <p>Con un <b>total</b> de 100 mujeres.</p>      | <p>Analizar la efectividad de la terapia grupal en el estado emocional y calidad de vida</p> | <p>HADS</p> | <p><b>TCC</b></p> <p>1 sesión semanal durante 6 meses de entre 30-60 minutos acompañada de intervenciones de autoestima y habilidades sociales, aprendizaje de estrategias cognitivas, y técnicas de relajación.</p> | <p>En comparación con los grupos de autoestima, los pacientes que recibieron tratamiento basado en TCC tendieron a disminuir sus niveles de ansiedad y depresión, aumentando así su calidad de vida.</p>                                    |

---

## 4.1 Resumen

La revisión bibliográfica consta de 12 artículos en total, de los cuales:

- 2 tratan sobre las terapias cognitivo-conductuales (**TCC**)
  - o Las sesiones estructuradas por AnnMarie Groarke, et al. <sup>(23)</sup> constaron de la realización de actividades para la relajación junto al uso de imágenes guiadas, y la ejecución de una reestructuración cognitiva para lograr el control de las emociones.
  - o Ascensión Bellve Pérez, et al. <sup>(32)</sup> concretaron dos tipos de sesiones. Una de ellas proporcionaba a las participantes intervenciones basadas en la autoestima y las habilidades sociales. Asimismo, el grupo intervención, además de las actividades mencionadas, realizó una serie de técnicas cognitivo-conductuales basadas en la autoinstrucción de técnicas para evitar pensamientos negativos, la ansiedad, y el estrés junto con técnicas de relajación basadas en las imágenes guiadas y las técnicas de respiración.
  
- 3 sobre la reducción del estrés basado en el mindfulness (**MBSR**).
  - o En las sesiones estructuradas por Virginia P Henderson et al. <sup>(21)</sup> la intervención se basaba en técnicas de meditación, yoga, apoyo grupal basado en el intercambio de experiencias y en la práctica conjunta, y función educativa basada en la alimentación y dietética con elementos cognitivo conductuales.
  - o En las sesiones planificadas por Hanne Würtzen, et al. <sup>(25)</sup> se les proporcionó a las participantes el material necesario para las actividades (CD, esterilla de yoga, y material didáctico para el control de las emociones), además de que se les proporcionó asesoramiento en cuanto a las acciones y recomendaciones más adecuadas según cada caso.
  - o Teresa Lesiuk, et al <sup>(29)</sup> establecieron sus sesiones a raíz de la escucha de música para la expresión de sus sentimientos, el uso de nuevos instrumentos y estilos musicales, el uso de nuevas partituras para la suspensión del juicio, y la relajación asistida por música.

- 
- 3 sobre la **música o musicoterapia**.
    - Serife Karagozoglul, et al. <sup>(24)</sup> se inclinaron por el uso de música suave y serena basadas principalmente en la escucha instrumental del violín, junto con el empleo de imágenes guiadas.
    - Lee Chen Chen, et al. <sup>(26)</sup> optaron por el uso de varios tipos de música según las preferencias del usuario: pop, tradicional, clásica, country, occidental, etc.
    - Isabel Selfa Martínez, et al. <sup>(31)</sup> se inclinaron por el uso de 5 piezas de música clásica.
  
  - 2 sobre las intervenciones psicoeducativas (**PEI**).
    - Las sesiones planificadas por Rathi Mahendran, et al. <sup>(28)</sup> se centraban principalmente en la realización de actividades psicoeducativas basadas en el reconocimiento de los síntomas de la ansiedad y depresión. Además de estas, se aplicaron enseñanzas técnico-conductuales (respiración, relajación muscular, y mindfulness), junto a un asesoramiento individual y apoyo grupal.
    - Las sesiones estructuradas por Pei Hua, et al. <sup>(30)</sup> se basaron en proporcionar manuales educativos sobre: como tratar las condiciones físicas y psíquicas, el tratamiento farmacológico, métodos de autocuidado de los catéteres venosos y los efectos secundarios del tratamiento, dietética, y tratamientos alternativos; y sesiones basadas en las técnicas de relajación, intercambio de experiencias, y técnicas de adaptación y control emocional.
  
  - 2 sobre el **yoga**, de los cuales: (22,27)
    - Anand Dhruva, et al. <sup>(22)</sup> optaron por direccionar las sesiones centrándose en la técnica de respiración *paranayama*.
    - Taso Chao Jung, et al. <sup>(27)</sup> optaron por actividades basadas en el ejercicio de yoga estándar.



---

Respecto a la **muestra** estudiada, la mitad de los artículos seleccionados estaba formada por mujeres diagnosticadas con cáncer de mama:

- Virginia P. Henderson et al.<sup>(21)</sup> reclutaron 172 mujeres en estadio I-II con máximo 2 años desde el diagnóstico y sin antecedentes oncológicos previos. La muestra se dividió en 2 grupos equitativos con una media de edad entre 49 años.
- AnnMarie Groarke, et al.<sup>(23)</sup> reclutaron un total de 613 mujeres intervenidas quirúrgicamente desde hace 4 meses máximo en estadio I-IV, de las cuales 355 participaron en el estudio. De estas, se formaron dos grupos equitativos con una media de edad de 53 años.
- Hanne Würtzen, et al.<sup>(25)</sup> reclutaron un total de 336 mujeres en estadio I-III sin antecedentes oncológicos en una franja de 10 años. Estas fueron divididas en 2 grupos equitativos con una media de edad de 54 años.
- Taso Chao Jung, et al.<sup>(27)</sup> reclutaron un total de 79 mujeres en estadio I-II de las cuales 60 participaron en el estudio. Estas fueron divididas en 2 grupos equitativos con una media de edad de 51 años. Ninguna de las participantes había realizado actividades de yoga anteriormente.
- Teresa Lesiuk, et al.<sup>(29)</sup> reclutaron 15 mujeres en estadio I-II con aproximadamente 2 años de formación musical, y con experiencia en la técnica de meditación. Se estructuró un único grupo con una media de 52 años.
- Pei Hua, et al.<sup>(30)</sup> reclutaron un total de 40 mujeres en estadio I-IV intervenidas quirúrgicamente. Estas fueron divididas en dos grupos con una media de edad de 51 años, donde en el grupo control predominaban mujeres en estadio II, y en el grupo experimental mujeres en estadio III.
- Ascensión Bellve Pérez, et al.<sup>(32)</sup> reclutaron un total de 100 mujeres intervenidas quirúrgicamente al final del tratamiento adyuvante. Estas fueron divididas en 2 grupos, las del grupo control realizaron sesiones sobre la autoestima y las habilidades sociales, y al grupo intervención se le añadieron las técnicas cognitivo-conductuales. La edad media de las participantes fue de 49 años.

---

En contraposición, la mitad restante se formaron por pacientes con diferentes diagnósticos oncológicos:

- Anand Dhruva, et al. <sup>(22)</sup> reclutaron un total de 18 participantes de los cuales solo 16 realizaron todas las sesiones. De estos 16 participantes, 2 fueron hombres y 14 mujeres. Estos se dividieron en 2 grupos equitativos con una media de edad de entre 55 años.

Respecto al tipo de diagnóstico encontramos en su mayoría mujeres con cáncer de mama (8 participantes) y el resto se componían de pacientes con diagnóstico gastrointestinal, ginecológico, pulmonar, y linfoproliferativo.

- Serife Karagozoglu, et al. <sup>(24)</sup> reclutaron un total de 40 participantes, de los cuales fueron hombres en su mayoría. Estos se dividieron en 2 grupos equitativos con una media de edad de entre 54 años.

Los participantes presentaron mayormente un diagnóstico de cáncer de pulmón, pero también participaban en la muestra individuos diagnosticados de cáncer de mama, gástrico, y adenocarcinomas.

- Lee Chen Chen, et al. <sup>(26)</sup> reclutaron un total de 200 participantes de los cuales en su mayoría fueron hombres con un diagnóstico oncológico de estadio I-IV. Estos se dividieron en 4 grupos (2 grupos control y 2 grupos intervención) con una media de edad de 55 años.

El diagnóstico predominante sobre el resto se trataba del carcinoma de cabeza y cuello. Además de este, también participaron individuos diagnosticados con cáncer de mama, gastrointestinal, ginecológico, prostático, y pulmonar en sentido descendente.

- Rathi Mahendran, et al. <sup>(28)</sup> reclutaron un total de 121 participantes recién diagnosticados, de los cuales 63 accedieron a la realización de las sesiones. De estos, en su mayoría fueron mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Sin embargo, también participaron en el estudio hombres y mujeres diagnosticadas de cáncer colorrectal, nasofaríngeo, pulmonar, hematológico, y reproductivo.

La media de edad se encontraba entre los 55 años.

- Isabel Selfa Martínez, et al. <sup>(31)</sup> reclutaron un total de 74 participantes de los cuales más de la mitad fueron mujeres. Estos se dividieron en 2 grupos equitativos con una media de edad de 55 años.

Los diferentes diagnósticos pertinentes a cada individuo no fueron especificados.

---

A su vez, también podemos categorizar a la población estudiada dependiendo del tipo de tratamiento al que se estaban sometiendo:

- 4 artículos formados por pacientes durante el tratamiento quimioterapéutico. (22,24,28,30)
- 4 artículos formados por pacientes en tratamiento adyuvante. (23,27,29,32)
- 1 artículo formado por pacientes durante el tratamiento con radioterapia. (26)
- 3 artículos los cuales no concreta el tipo de tratamiento al cual se somete la población. (21,25,31)

Relacionado con las escalas:

- 5 artículos emplearon la escala de HADS (22,23,28,30,32).
- 3 artículos emplearon la escala de STAI. (24,26,31)
- 2 artículos emplearon la escala de POMS. (27,29)
- 2 artículos emplearon otro tipo de escala:
  - o Inventario de ansiedad de Beck. (21)
  - o Symptom Checklist-90. (25)

En general, todos los artículos (exceptuando el desarrollado por Taso Chao Jung et al. (27)) mostraron resultados positivos a la hora de modificar la ansiedad de la población estudiada, y a su vez aliviando otros síntomas propios de la patología.

## 5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados evidencian que las técnicas son efectivas, pero hay que tener en cuenta que en su mayoría las muestras de estudio estaban formada por pacientes con características muy concretas (principalmente mujeres de mediana edad diagnosticadas de cáncer de mama, en tratamiento quimioterapéutico) y por ende con falta de heterogeneidad, imposibilitando así la capacidad de generalizar los resultados de estudio.

---

## 5.1 Efectividad de las intervenciones frente la ansiedad

### Terapias cognitivo-conductuales (TCC)

Los estudios demuestran evidencias de que la TCC disminuyen significativamente los niveles de ansiedad en los pacientes en tratamiento oncológico.<sup>(23,32)</sup> Se obtuvieron los mismos resultados tanto en el estudio de Muñoz et al.<sup>(33)</sup> como de Smith et al.<sup>(34)</sup>

Sin embargo, cabe destacar que en esta revisión solo uno de los ensayos realizó una evaluación a largo plazo donde se apreció que tras 1 año de tratamiento, la ansiedad aumentaba de forma progresiva en el tiempo.<sup>(23)</sup> Este aspecto establece la necesidad de realizar una fase de mantenimiento durante el proceso para asegurarse mantener el nivel de ansiedad en un rango bajo de forma constante.

Dicho ascenso también pudo verse implicado por la pérdida de contacto entre los propios grupos de apoyo que se formaron durante las sesiones de TCC. Asimismo, la formación de dichas redes de apoyo pueden haber sido las desencadenantes de la disminución de la ansiedad más que la terapia en si, tal como comentan Groarke et al.<sup>(23)</sup>, ya que se ha demostrado que mantener una relación de iguales con otros pacientes con una situación clínica similar mejora a la adaptación de la patología.

En definitiva, las TCC se han demostrado capaces de acelerar la adaptación a la patología, resultando más efectivas en los individuos que presentan unos niveles de ansiedad más elevados al inicio del proceso.

### Reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR)

Tras la revisión se puede afirmar que las terapias MBSR lograron disminuir significativamente la ansiedad a corto plazo (entre un margen de 2-4 meses). Sin embargo, al realizar una evaluación a largo plazo se vuelve a apreciar como este cambio desaparecía, aumentando de forma progresiva los niveles de ansiedad tras 1 año de seguimiento, aunque estos nunca llegaron a alcanzar los niveles iniciales.<sup>(21,25)</sup>

No obstante, aquellos investigadores que realizaron un análisis de mayor envergadura en el tiempo observaron como tras 24 meses los niveles de ansiedad volvían a disminuir de forma significativa.<sup>(21)</sup>

---

Asimismo, uno de los ensayos que aplicaba la intervención logró señalar una disminución significativa a corto plazo más veloz (en 4 semanas) y aceptada por los pacientes gracias a incorporar elementos de musicoterapia activa a las sesiones.<sup>(29)</sup> De todos modos, esto se pudo ver alterado por el hecho de que la muestra estaba formada por individuos con una alta conexión a la música, ya sea por tocar algún instrumento o ser músicos, por lo que el desencadenante principal pudo ser la musicoterapia.

De igual forma, tanto las revisiones realizadas por de Muñoz et al.<sup>(33)</sup> como de Smith et al.<sup>(34)</sup> llegaron a la conclusión de que este tipo de terapias producían un cambio significativo sobre la ansiedad de los pacientes.

En definitiva, este tipo de intervención puede resultar óptima para cualquier tipo de paciente sin tener en cuenta su grado de ansiedad inicial, ya que los resultados demostraron su efectividad tanto en pacientes con ansiedad por debajo de los límites clínicos<sup>(21)</sup>, como si se encontraban dentro de los límites.<sup>(25,29)</sup>

Solo en el caso de que la persona tenga algún tipo de relación con el mundo de la música, se ha determinado que la MBSR junto con la musicoterapia podría resultar mucho más efectivas.

Una limitación en común de los estudios se basa en que debido a la gran variedad de intervenciones y estructuras que se pueden aplicar en las terapias MBSR, no es posible identificar el desencadenante concreto de los resultados obtenidos, por lo que se requiere de más investigaciones para evidenciar su completa efectividad.

### Música o musicoterapia

Todos los estudios confirman la efectividad de las terapias basadas en la música para la reducción de los niveles de ansiedad, ya sea de forma pasiva<sup>(24,31)</sup> como activa<sup>(26,29)</sup> durante los diferentes ciclos de tratamiento.

Gran parte de los estudios aplicaron la escala STAI<sup>(24,26,31)</sup>, por lo que afirmaron que este tipo de intervención resulta mucho más eficaz para tratar el nivel de ansiedad estado, y en menor medida la ansiedad rasgo, viendo necesario para esta última aumentar el número de sesiones y tiempo.

---

Los únicos autores que no observaron una diferencia significativa entre los dos tipos de ansiedad, <sup>(25)</sup> se podría deber a que el tamaño de su muestra fue mucho más bajo en comparación con el resto, por lo que no tenían suficientes datos para valorar una diferenciación.

Por lo tanto, la musicoterapia parece más adecuada para pacientes en tratamiento que presenten ansiedad transitoria (por debajo de los límites críticos), y en menor medida para la ansiedad crónica (dentro de los límites críticos).

Basándose en los resultados obtenidos en esta revisión y en la de Muñoz et al. <sup>(33)</sup> no se observa un cambio sobre la efectividad de la intervención dependiendo si el tratamiento es de quimioterapia o radioterapia (las dos muestran datos similares). Sin embargo en la revisión realizada por Smith et al. <sup>(34)</sup> se afirma que en los pacientes que reciben radioterapia y no quimioterapia, la musicoterapia no produjo cambios significativos sobre los niveles de ansiedad.

### Intervenciones psicoeducativas (PEI)

La utilización de las PEI disminuyen los niveles de ansiedad en los usuarios, sin embargo, la bibliografía determina que su uso como una preparación previa al inicio del tratamiento reducir de manera significativa la ansiedad en los pacientes recién diagnosticado durante los ciclos de quimioterapia.<sup>(28)</sup> En contraposición, aplicar este tipo de intervención justo al inicio del primer ciclo del tratamiento no muestra ningún cambio hasta el final del tratamiento. <sup>(30)</sup>

Este aspecto también se podría dar por el hecho de que los usuarios de estudio presentaban patologías no graves junto con una muestra pequeña,<sup>(30)</sup> además de que la mejora tan significativa pudo verse afectada por el abandono de aquellos pacientes con niveles más elevados de ansiedad inicial.<sup>(28)</sup>

En definitiva, se puede determinar que las PEI proporcionan un cambio significativo en pacientes con niveles de ansiedad por debajo de los límites clínicos. Por contraparte, dicho resultado no se vio reflejado en el estudio realizado por Smith et al. <sup>(34)</sup> quienes estipularon que las PEI no producían ninguna modificación en los niveles de ansiedad, y que si así sucedía el cambio no resultaba significativo.

---

## Yoga

Existen una serie de datos contradictorios que demuestren la efectividad del yoga como acción para paliar la ansiedad. Uno de los estudios aplicados a esta revisión demuestra que dicha intervención realizada como ejercicio habitual no genera ningún cambio significativo sobre la ansiedad. <sup>(27)</sup> Este resultado pudo verse afectado debido a la limitación metodológica del yoga, el cual abarca muchas variantes diferentes.

Por ejemplo, el “*pranayama*” o técnica de respiración basada en el yoga, efectuó un cambio significativo en los niveles de ansiedad, disminuyéndola durante los ciclos de tratamiento. <sup>(22)</sup>

Por lo tanto, se podría afirmar que el ejercicio del yoga en sí mismo no altera los niveles de ansiedad en el paciente oncológico, sino que son las técnicas de respiración las que lo generan.

Muñoz et al. <sup>(33)</sup> también llegaron a la conclusión de que el pranayama sí afecta a los niveles de ansiedad, pero ellos afirmaron que este cambio no llegaba a resultar significativo. Este desacuerdo entre revisiones pudo verse afectado ya que el ensayo estudiado para esta revisión pudo verse alterado por el sesgo de selección y la falta de cegamiento que agravaron los resultados finales. <sup>(22)</sup>

Sin embargo, cabe destacar que en la revisión realizada por Smith et al. <sup>(34)</sup> también se obtuvieron una serie de datos contradictorios que decretaban al yoga tanto como una terapia complementaria que producía un cambio en los niveles de ansiedad, como una que no producía ningún tipo de alteración, provocando que los autores dictaminaran a esta técnica de posiblemente eficaz.

En definitiva, se podría decir que la aplicación de yoga resulta ser significativamente efectivo cuando se añade a otras intervenciones como el mindfulness o como una técnica de relajación aplicada a las TCC o PEI, generando un cambio positivo en los niveles de ansiedad. <sup>(21,25,30)</sup> Pero no existe una evidencia científica sobre su efectividad para paliar la ansiedad en los pacientes oncológicos.

---

## 5.2 Escalas

Las escalas para medir la ansiedad que más se utilizan son la HADS, STAI y POMS. Todas ellas se encuentran validadas, y no existe una en particular que haya destacado sobre el resto durante la revisión. Dependiendo del enfoque y objetivo que tomaba el estudio se ha visto más oportuno utilizar una o otra.

En general, aquellos estudios que valoraban la ansiedad y depresión han optado por hacer uso de la escala HADS<sup>(22,23,28,30,32)</sup>, ya que incluye las dos patologías en un mismo formato. De esta manera responder a las cuestiones especificadas podría resultar más fácil ya que el formato de pregunta no variaba. De igual manera, el uso de esta escala permitía la comparación de las dos sintomatologías para encontrar la existencia de algún tipo de conexión entre ellas.

Si se prefería incidir concretamente en la ansiedad, se ha optado por el uso de la escala STAI<sup>(24,26,31)</sup>, ya que esta permitía hacer una diferenciación más correcta del tipo de ansiedad (estado o rasgo). Gracias a esta diferenciación, ha resultado más sencillo detectar el grado en que las diferentes intervenciones afectaban a la persona.

Por último, se ha aplicado la escala POMS<sup>(27,29)</sup> en aquellos estudios en los que no solo se valoraba la ansiedad sino otros estados de ánimo, resultando en ocasiones a la obtención de datos poco detallados pero muy completos.

Las escalas se han utilizado para valorar los niveles de ansiedad antes de iniciar la intervención y al finalizarla, para así encontrar la existencia de un cambio pre-post intervención.

En aquellos estudios longitudinales que abarcaban un seguimiento en el tiempo más prolongado (años), también hicieron uso de las escalas durante la intervención para poder observar si el grado de ansiedad fluctuaba en el tiempo.

## 5.3 Otra sintomatología

Además de reducir los niveles de ansiedad los artículos analizados determinaron una serie de otra sintomatología que se mostró mejorada o reducida junto a la realización de las intervenciones.



---

### Terapias cognitivo-conductuales (TCC)

En general se han visto mejoradas la fatiga, la calidad de vida, el control emocional, y el estrés. Esto se debe a que este tipo de terapia incluye actividades para el control emocional y técnicas de relajación, mejorando así su adaptación a la patología.

En cuanto a la mejora de la depresión, a pesar de su relación con la ansiedad, se han encontrado datos opuestos en los diferentes estudios. Uno de ellos afirma una mejora significativa <sup>(32)</sup>, mientras el restante donde asegura que esta no se ve alterada durante el seguimiento. <sup>(23)</sup> Dicha diferencia podría deberse a la falta de homogeneidad de la muestra entre los dos estudios.

### Reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR)

Al tratarse de actividades que buscaban poner consciencia en el presente (mindfulness) y sus sentimientos se resalta la obtención de una mejor aceptación de las emociones (hostilidad, ira, y confusión principalmente) y una menor necesidad de controlarlas, junto con un aumento del espiritualismo. Aspectos que motivaron a los individuos en aumentar su nivel de actividad física. <sup>(21,29)</sup>

De la misma forma, al tratarse de acciones para la reducción de la ansiedad cabe destacar la mejora significativa de la depresión, dado que son dos patologías relacionadas. <sup>(21,25,29)</sup>

Al conseguir una mejora con uno mismo y acelerar la adaptación a la situación presente, como consecuencia podríamos afirmar que igualmente se produce una reducción de la fatiga, e insomnio. <sup>(21,25,29)</sup>

### Música o musicoterapia

En general, las intervenciones basadas en la música buscaban una disminución de la ansiedad a raíz de la disminución de los efectos secundarios proporcionados por la patología oncológica. Por ende, se evidenció principalmente una mejora en la sintomatología física como:

- Náuseas y vómitos, aumentando principalmente su tolerancia. <sup>(30)</sup>
- La disminución de la TA sistólica <sup>(26)</sup>. En parte secundaria a su conexión con el estado anímico de la persona, más que por la propia intervención.

---

Juntamente a estos, y a raíz de una mejor tolerancia con los procesos terapéuticos de la patología, pudo apreciarse a su vez una mejora en la depresión, miedo, insomnio, <sup>(24,26,31)</sup> trastornos digestivos, y dolor agudo postoperatorio <sup>(24)</sup>.

### Intervenciones psicoeducativas (PEI)

Debido a su relación con la ansiedad, se hallaron una mejora significativa de la depresión, y la angustia psicológica. Aspectos que a su vez lograron una mejora en la calidad de vida de la persona. <sup>(28,30)</sup>

Además, al tratarse de actividades basadas en el reconocimiento de la ansiedad y en la educación sanitaria, también se puede apreciar un aumento del conocimiento sobre la patología y la situación actual, adquiriendo así una visión positiva sobre el futuro y una mejora en la imagen corporal. <sup>(30)</sup>

Todos estos aspectos pudieron influir en la adaptación a la situación patológica. Finalmente, se pudo distinguir a su vez una disminución en la sintomatología física a causa de la reducción en el número de náuseas y vómitos, y su mayor tolerancia. <sup>(30)</sup>

### Yoga

La ejecución del yoga como actividad física, todo y que no disminuyó la ansiedad, implicó una mejora en fatiga de los usuarios, puesto que se trata de un ejercicio para la relajación muscular. <sup>(27)</sup>

Asimismo, tras introducir la técnica del *pranayama* no se apreciaba dicha disminución de la fatiga. No obstante, se apreciaba una mejora en los trastornos del sueño y en la calidad de vida debido a que se trata de una técnica para incitar a la relajación. <sup>(22)</sup> De este modo, podríamos afirmar que la práctica de dicha técnica junto a otras intervenciones mencionadas en el estudio implicaría una mejora de un mayor número de síntomas asociados a la patología.

---

## 6. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS

Para llevar a cabo este trabajo, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura con el fin de identificar las diferentes intervenciones que recomendadas al personal de enfermería destinadas a tratar o paliar la ansiedad en pacientes oncológicos.

El interés por el presente estudio se basa en que se trata de una alteración frecuente en este tipo de paciente, a la cual no se le otorga la importancia oportuna. Por lo que actualmente no presenta un tratamiento no farmacológico estandarizado, cuando muchas de estas actividades podrían resultar eficaces, inocuas, y de bajo coste a la par que sencillas de realizar.

Los resultados de la revisión destacan el uso de actividades como la TCC, MBSR, musicoterapia y, en menor medida, PEI como prácticas efectivas para reducir dichos niveles de ansiedad.

Por ello, las enfermeras de los servicios ambulatorios con pacientes oncológicos pueden valer de estas actividades como un recurso más que ofrecer en el plan de cuidados de los usuarios, permitiendo una atención holística e individualizada.

Es importante que enfermería (quien realiza un seguimiento y acompañamiento más exhaustivo, y suele pasar mayor parte del tiempo con el usuario) sea la encargada de localizar, evaluar y defender a aquellos pacientes que presenten las características idóneas con las que se pueda obtener un beneficio a raíz dichas intervenciones. Al igual que tiene el papel de facilitar el acceso al conocimiento sobre ellas.

Enfermería, al basarse en un modelo holístico, es quien tiene la capacidad de poder sugerir este enfoque para ayudar a controlar su ansiedad, e incluso llegando a tratar otra sintomatología relacionada con la patología oncológica (insomnio, dolor, fatiga, etc), mejorando a su vez su calidad de vida y bienestar.

Por otra parte, en la revisión se identifica el perfil del paciente óptimo a realizar las intervenciones. Dicho perfil, puede utilizarse de guía para aquellas enfermeras que decidan aplicar las actividades como una práctica asistencial más, a la hora de determinar qué paciente puede beneficiarse de la intervención recomendada.

---

Es importante alentar a las enfermeras a evaluar la presencia de síntomas y signos de ansiedad, teniendo en cuenta los diferentes niveles de ansiedad que presenta la persona en el proceso. Algunos pacientes pueden sufrirla de manera prolongada, pero para otros, esta puede resultar momentánea o de manera esporádica.

Además de que no solo puede ocurrir durante el tratamiento, sino que puede exacerbarse durante el seguimiento, por lo que la evaluación debe ser continua (asistencia continuada). Los instrumentos que ha resultado efectivos durante la revisión para la detección de la ansiedad incluyen las escalas HADS, STAI y POMS,

## 7. CONCLUSIONES

En definitiva, tras la realización de la revisión bibliográfica, todas las intervenciones (exceptuando el yoga) han resultado efectivas ante la mejora de los niveles de ansiedad de los pacientes oncológicos.

Sin embargo, una vez finalizada la revisión, y siguiendo el sistema de clasificación PEP, se puede llegar a la conclusión de que efectivamente las actividades basadas en la TCC, MBSR, y musicoterapia, son actividades **recomendadas para la práctica enfermera**.

Estas demostraron su efectividad tanto en los estudios aplicados en dicha revisión, como en aquellas revisiones realizadas por otros autores sobre el tema. Dentro de ellas, cabe destacar:

- El uso de la TCC grupales (junto a una fase de mantenimiento) en pacientes con un alto nivel de ansiedad en el inicio del proceso.
- El uso de MBSR en todos los pacientes sea cual sea su nivel de ansiedad, aumentando a su vez su eficacia si esta se combinaba con otras prácticas como la musicoterapia o el yoga.

Dentro de las actividades que **probablemente sean eficaces** se encontraría las PEI ya que, aunque en la actual revisión los estudios analizados resultaron eficaces ante un nivel de ansiedad por debajo de los límites clínicos, otros autores que hablan sobre el tema no obtuvieron los mismos resultados. Aspecto por el cual no se podría asegurar su eficacia sin la obtención de más datos y estudios.

---

Sin embargo, si que se consideran eficaces a la hora de ofrecer información y educación a los usuarios.

Finalmente, como **efectividad no establecida** se encontraría el yoga. Esta intervención no ha mostrado cambios significativos por sí misma, ni en los resultados de esta revisión ni en otros estudios. En caso de haber realizado una mejora en los niveles de ansiedad siempre se han producido por otros factores (como la técnica *pranayama*) o como actividad complementaria a otro tipo de intervención que realizaría la función principal (como las TCC).

A parte de la ansiedad, todas las intervenciones han demostrado a su vez que también pueden resultar beneficiosas para reducir otro tipo de sintomatología propia de la patología oncológica. Entre ellas cabe destacar:

- La reducción del insomnio, la fatiga, y la depresión.
- La mejora en la tolerancia a las náuseas y vómitos, en musicoterapia y PEI.

Además de mostrarse eficientes a la hora de mostrar mejorar en:

- La calidad de vida y el control emocional.
- El nivel de conocimiento del proceso patológico en las PEI.

Cabe destacar que, aunque la literatura proporciona una perspectiva integral sobre el uso de las intervenciones en pacientes con cáncer, se considera necesario realizar un mayor número de investigaciones y estudios que abarquen a un mayor número de pacientes los cuales presenten diferentes diagnósticos y características.

De esta forma, se podría conseguir formar un plan de actuación basado en un perfil más generalizado que resultaría beneficioso dentro del ámbito enfermero a la hora de poner en práctica las actividades.

Respecto a la **realización del TFG**, en lo personal, esta práctica me ha proporcionado una base práctica a la hora de realizar futuras investigaciones basadas en la lectura crítica.

A su vez, durante la búsqueda de bibliografía y ante la dificultad a la hora de encontrar artículos científicos de calidad sobre el tema, me resultaría interesante poder realizar en un futuro mi propio estudio. Considero que, al hacer mi propia investigación, lograría una mayor libertad para experimentar y evaluar, consiguiendo una mayor

---

obtención de datos que podrían resultar útiles para demostrar la eficacia de estas actividades y recomendarlas en la práctica enfermera.

En general, he logrado conocer en profundidad sobre la ansiedad, su detección, y como esta afecta a los pacientes oncológicos. Además de aprender un gran número de intervenciones y actividades que se podrían aplicar, ya sea en este contexto como en otro similar.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Las cifras del cáncer en España 2020 [Internet]. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). 2020 [citado 6 de noviembre de 2020]. Disponible en:  
[https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras\\_del\\_cancer\\_2020.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf)
2. Cano Vindel A. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología Investig y clínica biopsicosocial en Oncol* [Internet]. 2005;2(1):71-80. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1957673>
3. Maté Méndez J, Hollenstein Prat M, Gil F. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología Investig y clínica biopsicosocial en Oncol* [Internet]. 2004;1(2-3):211-30. Disponible en:  
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120211A>
4. Toro Perez D, Zorrilla Ayllon I. Impacto emocional y social del cancer. En: *Cancer y cuidados enfermeros*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2018. p. 89-114.
5. Cano Vindel A. La Ansiedad: claves para vencerla. Vol. 5. En: *Como Superar La Ansiedad*. Málaga; 2004. 1-15 p.
6. Jimenezn Fonseca P, Calderón C, Hernández R, Ramón y Cajal T, Mut M, Ramchandani A, et al. Factors associated with anxiety and depression in cancer patients prior to initiating adjuvant therapy. *Clin Transl Oncol* [Internet]. noviembre de 2018;20(11):1408-15. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1007/s12094-018-1873-9>

- 
7. Beneit Medina PJ, Serrano Parra MD. Estrés, ansiedad y trastornos relacionados. En: Enfermería en psiquiatría y salud mental Vol I. 3.<sup>a</sup> ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2018. p. 81-104.
  8. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2016. Barcelona: Elsevier; 2015. 331-332 p.
  9. González Fernández S, Fernández Rodríguez C, Mota Alonso MJ, García Teijido P, Pedrosa I, Pérez Álvarez M. Emotional state and psychological flexibility in breast cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. octubre de 2017;30:75-83. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.006>
  10. Rodríguez Vega B, Ortiz Villalobos A, Palao Tarrero A, Avedillo C, Sánchez-Cabezudo A, Chinchilla C. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *Eur J psychiatry* [Internet]. 2002;16(1):27-38. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1579-699X2002000100004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2002000100004)
  11. Cambios emocionales, de salud mental y de estado de ánimo. [Internet]. American Cancer Society. 2020 [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/efectos-secundarios-emocionales/ansiedad.html>
  12. Abuelgasim K, Ahmed G, Alqahtani J, Alayed A, Alaskar A, Malik M. Depression and anxiety in patients with hematological malignancies, prevalence, and associated factors. *Saudi Med J* [Internet]. 1 de agosto de 2016;37(8):877-81. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27464865>
  13. Carlson LE, Angen M, Cullum J, Goodey E, Koopmans J, Lamont L, et al. High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer* [Internet]. 2004;90(12):2297-304. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601887>
  14. Sheldon LK, Harris D, Arcieri C. Psychosocial Concerns in Cancer Care: The Role of the Oncology Nurse. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 1 de junio de 2012;16(3):316-9. Disponible en: <http://doi.org/10.1188/12.CJON.316-319>
  15. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. junio de 1983;67(6):361-70. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

- 
16. Morfeld M, Petersen C, Krüger Bödeker A, von Mackensen S, Bullinger M. The assessment of mood at workplace - psychometric analyses of the revised Profile of Mood States (POMS) questionnaire. *Psychosoc Med* [Internet]. mayo de 2007 [citado 26 de octubre de 2020];4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736534/>
  17. Drobnjak S. Brief Symptom Inventory. En: *Encyclopedia of Behavioral Medicine* [Internet]. Marc Danie. New York: Springer, New York, NY; 2013. Disponible en: [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9\\_3](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_3)
  18. Guillén Riquelme A. Validación de la adaptación española del State-Trait Anxiety Inventory en diferentes muestras españolas [Internet]. Editorial de la Universidad de Granada; 2014 [citado 21 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/34045>
  19. Cope DG, Coignet H, Conley S, Doherty A, Drapek L, Feldenzer K, et al. Ansiedad [Internet]. *Oncology Nursing Society*. 2019 [citado 29 de enero de 2021]. Disponible en: [https://www.ons.org/pep/anxiety?display=pepnavigator&sort\\_by=created&items\\_per\\_page=50](https://www.ons.org/pep/anxiety?display=pepnavigator&sort_by=created&items_per_page=50)
  20. Cabello JB. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. *CASPe Guías CASPe Lect Crítica la Lit Médica* [Internet]. 2005 [citado 26 de noviembre de 2020];Cuaderno I:5-8. Disponible en: [http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla\\_ensayo\\_clinico\\_v1\\_0.pdf?file=1&type=node&id=158&force=](http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_ensayo_clinico_v1_0.pdf?file=1&type=node&id=158&force=)
  21. Henderson VP, Clemow L, Massion AO, Hurley TG, Druker S, Hébert JR. The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: a randomized trial. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 8 de enero de 2012;131(1):99-109. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s10549-011-1738-1>
  22. Dhruva A, Miaskowski C, Abrams D, Acree M, Cooper B, Goodman S, et al. Yoga Breathing for Cancer Chemotherapy–Associated Symptoms and Quality of Life: Results of a Pilot Randomized Controlled Trial. *J Altern Complement Med* [Internet]. mayo de 2012;18(5):473-9. Disponible en: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/acm.2011.0555>
  23. Groarke A, Curtis R, Kerin M. Cognitive-behavioural stress management enhances adjustment in women with breast cancer. *Br J Health Psychol* [Internet]. septiembre de 2013;18(3):623-41. Disponible en:



- 
- <http://doi.wiley.com/10.1111/bjhp.12009>
24. Karagozoglu S, Tekyasar F, Yilmaz FA. Effects of music therapy and guided visual imagery on chemotherapy-induced anxiety and nausea-vomiting. *J Clin Nurs* [Internet]. enero de 2013;22(1-2):39-50. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.12030>
  25. Würtzen H, Dalton SO, Elsass P, Sumbundu AD, Steding-Jensen M, Karlsen RV, et al. Mindfulness significantly reduces self-reported levels of anxiety and depression: Results of a randomised controlled trial among 336 Danish women treated for stage I–III breast cancer. *Eur J Cancer* [Internet]. abril de 2013;49(6):1365-73. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959804912008921>
  26. Chen LC, Wang TF, Shih YN, Wu L ung. Fifteen-minute music intervention reduces pre-radiotherapy anxiety in oncology patients. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. agosto de 2013;17(4):436-41. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1462388912001196>
  27. Taso C-J, Lin H-S, Lin W-L, Chen S-M, Huang W-T, Chen S-W. The Effect of Yoga Exercise on Improving Depression, Anxiety, and Fatigue in Women With Breast Cancer. *J Nurs Res* [Internet]. septiembre de 2014;22(3):155-64. Disponible en: <https://journals.lww.com/00134372-201409000-00004>
  28. Mahendran R, Lim HA, Tan JYS, Chua J, Lim SE, Ang ENK, et al. Efficacy of a brief nurse-led pilot psychosocial intervention for newly diagnosed Asian cancer patients. *Support Care Cancer* [Internet]. 23 de agosto de 2015;23(8):2203-6. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00520-015-2771-0>
  29. Lesiuk T. The Effect of Mindfulness-Based Music Therapy on Attention and Mood in Women Receiving Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer: A Pilot Study. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 1 de mayo de 2015;42(3):276-82. Disponible en: <http://onf.ons.org/onf/42/3/effect-mindfulness-based-music-therapy-attention-and-mood-women-receiving-adjuvant>
  30. Wu PH, Chen SW, Huang WT, Chang SC, Hsu MC. Effects of a Psychoeducational Intervention in Patients With Breast Cancer Undergoing Chemotherapy. *J Nurs Res* [Internet]. agosto de 2018;26(4):266-79. Disponible en: <http://journals.lww.com/00134372-201808000-00007>

- 
31. Selfa Martínez I, Camaño Puig R. Paciente oncológico musicoterapia y ansiedad. *Presencia Rev Int salud Ment Investig y humanidades* [Internet]. 2018;14:6. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/p/e11676>
  32. Bellver Pérez A, Peris Juan C, Santaballa Beltrán A. Effectiveness of therapy group in women with localized breast cancer. *Int J Clin Heal Psychol* [Internet]. mayo de 2019;19(2):107-14. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1697260018300942>
  33. Muñoz Alga MJ, Bernal García P. Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer. *Psicooncología* [Internet]. 13 de enero de 2017;13(2-3). Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/54434>
  34. Smith PR, Cope D, Sherner TL, Walker DK. Update on Research-Based Interventions for Anxiety in Patients With Cancer. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 1 de diciembre de 2014;18(s6):5-16. Disponible en: <http://cjon.ons.org/cjon/18/6/supplement/update-research-based-interventions-anxiety-patients-cancer>

## ANEXOS

### Anexo 1: Maté Méndez J. Síntomas de la ansiedad. 2003 <sup>(3)</sup>

| Síntomas Somáticos   | Síntomas cognitivos  | Síntomas conductuales  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración del ritmo cardíaco</li> <li>• Sensación de ahogo</li> <li>• Disnea</li> <li>• Opresión torácica</li> <li>• Molestias gástricas</li> <li>• Náuseas</li> <li>• Vómitos</li> <li>• Inestabilidad</li> <li>• Mareos</li> <li>• Cefalea</li> <li>• Tensión muscular</li> <li>• Parestesias</li> <li>• Sudoración</li> <li>• Escalofríos</li> <li>• Sofocaciones</li> <li>• Temblores</li> <li>• Cansancio</li> <li>• Dolor</li> <li>• Pérdida de apetito</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Disminución de la libido</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes acerca de la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento.</li> <li>• Miedos acerca de la muerte y la dependencia de los demás</li> <li>• Sobregeneralización</li> <li>• Catastrofismo</li> <li>• Magnificación de los aspectos negativos y minimización de los positivos</li> <li>• Abstracción selectiva</li> <li>• Indefensión</li> <li>• Pensamientos de culpa</li> <li>• Desrealización</li> <li>• Despersonalización</li> <li>• Miedo a perder el control y volverse loco</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento social</li> <li>• Evitación de los estímulos temidos (baja adherencia al tratamiento, abandono del mismo)</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Mutismo</li> <li>• Verborrea</li> <li>• Inquietud interna</li> <li>• Agitación psicomotriz</li> <li>• Hiperactividad</li> </ul> |

*Adaptado de Hollenstein MF, Maté J, Gil F, 2003*

### Anexo 2: Maté Méndez J. Condiciones médicas y sustancias asociadas a la ansiedad. 2003. <sup>(3)</sup>

**Tabla 6. Condiciones médicas asociadas a la ansiedad<sup>(39)</sup>**

- *Condiciones cardiovasculares:* angina de pecho, arritmia, enfermedad vascular.
- *Condiciones endocrinas:* hiperadrenalina, hipercalcemia, hipertiroidismo, hipocalcemia, hipotiroidismo
- *Condiciones metabólicas:* hipercalcemia, hipertermia, hipoglucemia, hiponatremia, hipoxia
- *Condiciones neurológicas:* akatisia, encefalopatía, vértigo
- *Condiciones respiratorias:* asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumotórax, edema pulmonar, embolismo pulmonar
- *Condiciones inmunológicas:* lupus

**Tabla 7. Sustancias asociadas a los trastornos de ansiedad<sup>(35)</sup>**

Corticoides, Dexametasona, Prednisona, Esteroides, Antieméticos, Broncodilatadores, Beta-adrenérgicos, Sustancias estimulantes, Antidepresivos, Cafeína, Abstinencia al alcohol: Delirium Tremens, Abuso de benzodiacepinas o abuso de analgésicos / hipnóticos.

*Adaptado de Hollenstein MF, Maté J, Gil F, 2003*

### Anexo 3: Clasificación PEP

| Recomendado para la práctica  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>– Intervenciones / Enfoque Cognitivo-Conductual</li><li>– Reducción del estrés basada en la atención plena</li><li>– Música / Musicoterapia</li><li>– Psicoeducación / Intervenciones psicoeducativas.</li><li>– Yoga</li></ul>   |
| Probablemente sea eficaz  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>– Ansiolíticos</li><li>– Entrenamiento</li><li>– Rehabilitación cognitiva computarizada</li><li>– Masaje / Masaje de aromaterapia</li><li>– Meditación</li><li>– Relajación muscular progresiva (PMR)</li><li>– Relajación muscular progresiva e imágenes guiadas</li><li>– Intervenciones espirituales</li></ul>   |
| Efectividad no establecida  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>– Acuprensión</li><li>– Acupuntura / Electroacupuntura</li><li>– Planificación anticipada de la atención</li><li>– Sanación Energética Ama Deus</li><li>– Antidepresivos</li><li>– Aromaterapia</li><li>– Creación de arte / Terapia de arte</li><li>– Terapia Cuerpo-Mente-Espíritu / Qigong</li><li>– Intervenciones del cuidador / pareja</li><li>– Uña de gato (Uncaria tomentosa, Uncaria guianensis)</li><li>– Entrenamiento cognitivo - Grupo</li><li>– Comunicación asistida por computadora</li><li>– Estimulación craneal</li><li>– Danza / Terapia de Danza</li><li>– Apoyo a la toma de decisiones / ayudas para la toma de decisiones</li><li>– Ejercicio</li><li>– Escritura expresiva / Revelación emocional / Diario</li><li>– Gabapentina</li><li>– Ginseng</li><li>– Psicoterapia de grupo</li><li>– Homeopatía</li><li>– Hipnosis / Hipnoterapia</li><li>– Psicoterapia asistida por LSD</li><li>– Payaso médico</li><li>– Acceso al historial médico</li><li>– Metilfenidato</li><li>– Modafinilo / Armodafinilo</li><li>– Entrevista motivacional</li><li>– Intervención de rehabilitación multicomponente</li><li>– Entrevista narrativa</li><li>– Intervención del entorno natural</li><li>– Coordinación de navegación / atención</li><li>– Cuidados paliativos</li></ul> |

- 
- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Pregabalina</li><li>- Capacitación en habilidades de comunicación para proveedores</li><li>- Psilocibina</li><li>- Vías rápidas de diagnóstico y tratamiento</li><li>- Reflexología</li><li>- Reiki</li><li>- Relajación e imágenes visuales</li><li>- Terapia de relajación</li><li>- Ruta Graveolens</li><li>- Terapia de luz estelar</li><li>- Atención de apoyo / intervenciones de apoyo</li><li>- Manejo de síntomas</li><li>- Tai Chi</li><li>- Información personalizada</li><li>- Reemplazo de testosterona</li><li>- Toque terapéutico</li><li>- Realidad virtual</li></ul> |
|---|

|                               |
|-------------------------------|
| <b>Efectividad improbable</b> |
|-------------------------------|

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Buspirona</li><li>- Provisión de orientación e información.</li></ul> |
|---|

## Anexo 4:



### PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe Leyendo críticamente la evidencia clínica

#### 11 preguntas para entender un ensayo clínico

##### Comentarios generales

- Para valorar un ensayo hay que considerar tres grandes epígrafes:

*¿Son válidos los resultados del ensayo?*

*¿Cuáles son los resultados?*

*¿Pueden ayudarnos estos resultados?*

Las 11 preguntas de las siguientes páginas están diseñadas para ayudarte a centrarte en esos aspectos de modo sistemático.

- Las primeras tres preguntas son de eliminación y pueden ser respondidas rápidamente. Si la respuesta a las tres es "sí", entonces vale la pena continuar con las preguntas restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En *itálica* y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las mismas. Están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!

## A/¿Son válidos los resultados del ensayo?

### Preguntas "de eliminación"

|  |                             |                                |                             |
|--|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| <p><b>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</b></p> <p><i>Una pregunta debe definirse en términos de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población de estudio.</li> <li>- La intervención realizada.</li> <li>- Los resultados considerados.</li> </ul>                           | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO SÉ | <input type="checkbox"/> NO |
| <p><b>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</b></p> <p><i>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</i></p>   | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO SÉ | <input type="checkbox"/> NO |
| <p><b>3 ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?</b></p> <p><i>- ¿El seguimiento fue completo?</i><br/> <i>- ¿Se interrumpió precozmente el estudio?</i><br/> <i>- ¿Se analizaron los pacientes en el grupo al que fueron aleatoriamente asignados?</i></p> | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO SÉ | <input type="checkbox"/> NO |

**Preguntas de detalle**

|   |   |
|---|---|
| <p><b>4 ¿Se mantuvo el cegamiento a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes.</li> <li>- Los clínicos.</li> <li>- El personal del estudio.</li> </ul>    | <p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p> |
| <p><b>5 ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?</b></p> <p><i>En términos de otros factores que pudieran tener efecto sobre el resultado: edad, sexo, etc.</i></p> | <p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p> |
| <p><b>6 ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?</b></p>  | <p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p> |

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

|  |  |
|--|--|
| <p><b>7 ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?</b></p> <p><i>¿Qué desenlaces se midieron?</i><br/><i>¿Los desenlaces medidos son los del protocolo?</i></p> |  |
| <p><b>8 ¿Cuál es la precisión de este efecto?</b></p> <p><i>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</i></p>   |  |

**C/¿Pueden ayudarnos estos resultados?**

|   |   |
|---|---|
| <p><b>9 ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?</b></p> <p><i>¿Crees que los pacientes incluidos en el ensayo son suficientemente parecidos a tus pacientes?</i></p> | <p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p> |
| <p><b>10 ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?</b></p> <p><i>En caso negativo, ¿en qué afecta eso a la decisión a tomar?</i></p>                                | <p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p> |
| <p><b>11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?</b></p> <p><i>Es improbable que pueda deducirse del ensayo pero, ¿qué piensas tú al respecto?</i></p>                 | <p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO</p>                                     |

Anexo 5: Lectura crítica aplicada a los artículos con la plantilla CASPe.

| Artículo   | Puntuación CASPe |
|--|------------------|
| <b>The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: a randomized trial.</b><br>Henderson VP. et al.                             | 10/11            |
| <b>Yoga Breathing for Cancer Chemotherapy–Associated Symptoms and Quality of Life: Results of a Pilot Randomized Controlled Trial.</b><br>Dhruva A. et al.   | 8/11             |
| <b>Cognitive-behavioural stress management enhances adjustment in women with breast cancer.</b><br>Groarke A, et al.   | 11/11            |
| <b>Effects of music therapy and guided visual imagery on chemotherapy-induced anxiety and nausea-vomiting.</b><br>Karagozoglu S, et al.  | 10/11            |
| <b>Mindfulness significantly reduces self-reported levels of anxiety and depression: Results of a randomised controlled trial among 336 Danish women treated for stage I–III breast cancer.</b><br>Würtzen H, et al. | 10/11            |
| <b>Fifteen-minute music intervention reduces pre-radiotherapy anxiety in oncology patients.</b><br>Chen LC, et al.   | 9/11             |
| <b>The Effect of Yoga Exercise on Improving Depression, Anxiety, and Fatigue in Women With Breast Cancer.</b><br>Taso C-J, et al.  | 8/11             |
| <b>Efficacy of a brief nurse-led pilot psychosocial intervention for newly diagnosed Asian cancer patients.</b><br>Mahendran R, et al.   | 9/11             |
| <b>The Effect of Mindfulness-Based Music Therapy on Attention and Mood in Women Receiving Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer: A Pilot Study.</b><br>Lesiuk T. et al.  | 8/11             |
| <b>Effects of a Psychoeducational Intervention in Patients With Breast Cancer Undergoing Chemotherapy.</b><br>Wu PH, et al,  | 10/11            |
| <b>Paciente oncológico musicoterapia y ansiedad.</b><br>Selfa Martínez I, et al.   | 9/11             |
| <b>Effectiveness of therapy group in women with localized breast cancer.</b><br>Bellver Pérez A, et al.  | 10/11            |