Faisury Caicedo Gordillo

Rafel Guarch Martí

Cómo influye la información en el estado emocional de los pacientes diagnosticados de cáncer

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

Dirigido por: Sra. Flor Sáez Vay

Enfermería

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Enfermería

Tortosa 2016

"Lo importante no es lo que nos hace el destino,

sino lo que nosotros hacemos de él."

Florence Nightingale

ÍNDICE

RESUMEN 3

INTRODUCCIÓN 5

MARCO CONCEPTUAL 6

- EL CÁNCER 6
  - TIPOS DE CÁNCER 10
  - FACTORES DE RIESGO 12
  - SIGNOS Y SÍNTOMAS. DIAGNÓSTICO 16
  - CHOQUE EMOCIONAL 19
  - TRATAMIENTO 20
  - EL PRONÓSTICO 25
- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN 25
- LA RELACIÓN TERAPÉUTICA 30

OBJETIVO 32

METODOLOGÍA 32

RESULTADOS 36

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN 46

- Influencia de la capacidad de comunicación de los profesionales sanitarios en el estado emocional de los pacientes diagnosticados de cáncer 46
- Relación entre la cantidad y la calidad de la información que recibe el paciente en el momento del diagnóstico y su posterior bienestar emocional y/o afrontamiento de la enfermedad 47
- Percepción de la necesidad de comunicación terapéutica por parte de los pacientes con los profesionales sanitarios 49
- Autonomía del paciente en la toma de decisiones y su autocuidado al proporcionarle o privarle de información acerca de su enfermedad 50

CONCLUSIONES 52

BIBLIOGRAFÍA 54

Cómo influye la información en el estado emocional de los pacientes diagnosticados de cáncer

RESUMEN

Introducción:

El cáncer es una de las principales causas de morbimortalidad en todo el mundo. Aunque afecta a personas de todas las edades, la mayoría de los casos ocurre en individuos >65 años de vida. Se prevé que el número de casos nuevos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años aunque afortunadamente el riesgo de mortalidad ha disminuido de forma considerable en los últimos 20.

Objetivo:

Realizar una revisión bibliográfica para conocer si existe un vínculo entre la información que reciben los pacientes diagnosticados de cáncer y su estado emocional.

Metodología:

Se ejecuta una búsqueda sistemática en las bases de datos Cuiden, Cinahl y Pubmed, añadiendo también resultados de búsqueda manual y se procede a la lectura exhaustiva de los artículos encontrados valorando su relevancia sobre el objetivo establecido. Por último, se analizan dichas referencias con el propósito de comprender cuál es la situación actual en relación a la información, comunicación y bienestar emocional de los pacientes diagnosticados de cáncer.

Resultados:

La búsqueda aportó 460 resultados. Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron para el estudio un total de 18 artículos (5 de Cuiden, 9 de Cinahl, 3 de Pubmed y 1 de búsqueda manual).

Conclusiones:

Existe un claro vínculo entre la información que reciben los pacientes diagnosticados de cáncer y como afecta esta a su estado emocional. La enfermera oncológica debe estar entrenada para satisfacer de forma oportuna las necesidades de información que siempre serán individuales y cambiantes en cada etapa de la enfermedad.

Es importante adoptar un modelo de toma de decisiones compartida en la que se proporcione información comprensible a los pacientes sobre su enfermedad con el fin de lograr una mayor implicación de éstos en su proceso de salud.

Palabras clave: Información / cáncer / comunicación / afrontamiento / enfermería.

Abstract

Introduction:

Cancer is one of the principal reasons of morbidity and mortality in the whole world. Though it affects persons of all the ages, the majority of cases happen in individuals >65 years of age. It is foreseen that the number of new cases increase in approximately 70% in the next 20 years, nonetheless luckily the risk of mortality has diminished considerably in the last ones 20 years.

Objective:

To conduct a bibliographical review to know if there is a link between the information that patients diagnosed with cancer receive and their emotional state.

Methods:

A systematic search is executed in databases Cuiden, Cinahl and Pubmed, adding also results from manual search, then proceeding to exhaustive reading of the opposing articles valuing their relevancy on the established objective. Finally, the above mentioned references are analyzed by intention of understanding which is the current situation in relation to the information, communication and emotional well-being of the patients diagnosed with cancer.

Results:

The research backed 460 results. Once the criteria of incorporation and exclusion was applied, a total of 18 articles were selected for the study (5 of Cuiden, 9 of Cinahl, 3 of Pubmed and 1 of manual search).

Conclusions:

A clear link exists between information that the patients diagnosed with cancer receive and how this concerns their emotional state. Nurses must be trained to satisfy with

opportune form the needs of information from patients and family, that will always be individual and changeable in every stage of the disease.

It is important to embrace a model of shared decisions in which understandable information must be provided to the patients on their own disease in order to achieve a major implication of these in their process of health.

Keywords: Information / cancer / communication / confrontation / nursing.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2014 hubo 14 millones de nuevos casos y provocó 8,2 millones de muertes. Más del 60% de los nuevos casos anuales mundiales se producen en África, Asia, América Central y Sudamérica. Estas regiones representan el 70% de las muertes. [1] La Sociedad Española de Oncología Médica estima que en el año 2015 se diagnosticarán 220.000 casos nuevos en España. En el año 2013, el cáncer ocasionó 388.000 muertes y fue la primera causa de mortalidad en nuestro país (datos del Instituto Carlos III). [2]

Aunque afecta a personas de todas las edades, la mayoría de los casos ocurre en individuos >65 años de vida. [3] En 2014, los cánceres diagnosticados con más frecuencia en el hombre fueron los de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado. En la mujer fueron los de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago. Se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años. [1]

Afortunadamente el riesgo de mortalidad ha ido disminuyendo de forma considerable en los últimos 20 años. A pesar de que alrededor del 50% de los enfermos diagnosticados de cáncer en España viven más de 5 años, aquellos que padecen cáncer avanzado pueden tener supervivencias mucho más cortas. El comportamiento, pronóstico y tratamiento de los diversos tipos de cáncer, incluso dentro de las distintas fases evolutivas de un mismo tumor, son muy diferentes. [4]

En los últimos años ha ganado especial protagonismo el concepto holístico de la persona cuyas bases se fundamentan en considerarle una unidad única e individual compuesta por dimensiones fisiológicas, psicológicas, sociales, etc. Cuando se presenta un problema de salud de la envergadura del cáncer, como profesionales, debemos afrontar

el reto que supone identificar las necesidades del paciente. Es entonces cuando nos enfrentamos al dilema de "la información" que debemos proporcionar. ¿Es mucha información la que debemos proporcionar al paciente? ¿Cuándo la proporcionamos? ¿Quién la proporciona? En realidad, ¿desea el paciente recibir esta información? ¿Cómo le afectará emocionalmente? Según la Ley General de Sanidad y la Ley de Autonomía del Paciente, el paciente tiene derecho a recibir toda la información por parte de los profesionales sanitarios. [5] Este derecho legítimo de los pacientes se percibe como un deber por parte de los profesionales que les impulsa a proporcionarles toda la información que poseen desde el primer momento.

Volviendo al mismo punto de partida, por un lado la ley nos obliga a decirle toda la verdad al paciente pero por otro lado debemos valorar el impacto emocional que le puede causar esta información, con lo que se debería tener en cuenta que el paciente mejor informado es aquel que sabe lo que quiere saber.

Con esta revisión bibliográfica pretendemos aportar un enfoque diferente a nuestra profesión referente a la información que se debe proporcionar al paciente y los efectos que esta tendrá sobre su estado emocional y nivel de afrontamiento.

MARCO CONCEPTUAL

EL CÁNCER

Según el diccionario de términos médicos se denomina cáncer a cada una de las enfermedades producidas por un daño genético no letal que se originan por la expansión clonal de una célula que se divide de una forma incoordinada y excesiva, infiltra los tejidos próximos y da lugar a implantes secundarios discontinuos o metástasis. [6]

Las células se transforman en células cancerosas debido a cambios en el ADN (ácido desoxirribonucleico). El ADN se encuentra en cada célula y dirige todas sus actividades. En una célula normal, cuando se altera el ADN, la célula repara la alteración o muere. Por el contrario, en las células cancerosas el ADN alterado no se repara, y tampoco muere como debería. En lugar de esto, la célula persiste en reproducirse aunque el cuerpo no lo necesite. Todas estas células nuevas tendrán el mismo ADN dañado que tuvo la primera célula. [7] Las alteraciones del ADN pueden surgir por errores aleatorios

de replicación, exposición a carcinógenos (por ejemplo, radiaciones) o de defectos en la reparación del ADN. [6] Las personas pueden heredar de sus progenitores un ADN anormal o deficiente, pero en gran parte el daño al ADN es causado por errores que ocurren durante la reproducción de una célula normal o por algún otro factor ambiental. Sin embargo, rara vez se sabe exactamente qué causó el cáncer en una persona. En la mayoría de los casos, las células cancerosas forman un tumor que con el paso del tiempo, pueden invadir el tejido normal adyacente, desplazándolo. [7]

El término cáncer engloba un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen y crecen sin control en cualquier parte del cuerpo. [4] Existen diversos tipos de cáncer que se denominan según la célula originaria; algunos ejemplos son el carcinoma (célula epitelial), el sarcoma (célula del tejido conjuntivo) o la leucemia (célula hematopoyética). [6] Aunque el cáncer puede surgir prácticamente en cualquier tejido de nuestro cuerpo y cada tipo de cáncer tiene características propias, el proceso básico que subyace al cáncer es similar en todas las formas de la enfermedad. El cáncer se inicia cuando una célula consigue librarse de los estrictos controles que de forma natural restringen la división celular por lo cual, todas las células que se originen por división de esta célula original, y su progenie, también presentaran una proliferación anormal. [8]

Muchas veces los términos cáncer, neoplasia o tumor se emplean de forma indistinta, pero debemos tener presente que son conceptos diferentes. El cáncer y la neoplasia maligna son sinónimos, sin embargo la utilización de la palabra tumor no siempre se refiere a un proceso maligno. Un tumor es indicativo de un crecimiento nuevo de tejido que se caracteriza por la proliferación progresiva e incontrolada de células. Puede estar localizado o ser invasivo, ser benigno o maligno y se puede denominar según su localización, su tipología celular o por el nombre de la persona que lo identificó primero. [9] Otros conceptos comúnmente relacionados con el cáncer son la hiperplasia, la displasia, la invasión local, la metástasis, el tumor primario, etc.

La *hiperplasia* es una situación en la que se produce un aumento en la proliferación celular, manteniéndose la estructura celular normal. Habitualmente es una respuesta normal, reversible a un estímulo irritante. [4] La *displasia* es un proceso no canceroso en el cual existe una proliferación excesiva caracterizada por la pérdida de la

organización normal de los tejidos, y de la arquitectura celular normal. Habitualmente es reversible, pero puede sufrir una transformación carcinomatosa. [4]

El cáncer se extiende a los tejidos y órganos vecinos a través de un proceso de invasión, emigrando e infiltrando directamente las áreas contiguas. Es lo que se denomina "*invasión local*". Además, puede invadir los vasos sanguíneos y linfáticos, y viajar a través de ellos hasta otros órganos o tejidos distantes en los que puede implantarse. Estos nuevos focos de enfermedad son las "*metástasis*", o enfermedad "*diseminada*" o "a *distancia*", o "*secundaria*", en contraposición al foco inicial del tumor se le designa como tumor "*primario*" o "*primitivo*". [10]

Se denomina cáncer "*avanzado*" a un tumor que se encuentra extendido más allá del órgano que lo originó, y habitualmente se halla en situación incurable, aunque no siempre es así. [4] También son cánceres avanzados aquellos que por su extensión local son difícilmente tratables mediante abordajes regionales (como la cirugía o la radioterapia). Por otra parte, existen algunos cánceres diseminados que pueden ser curados. [4]

El término de cáncer "*recurrente*" (o simplemente "*recurrencia*" o "*recidiva*") se refiere a la reaparición de un cáncer tras su remisión completa. Tal recurrencia puede ser "local", cuando se produce en el área donde creció el tumor primario, regional, próximo a este, o a distancia. [4] La American Society Of Clinical Oncology's People Living with Cancer y la American Society of Clinical Oncology (ASCO) definen el concepto de estadificación tumor-nódulo-metástasis (TNM) como el sistema estándar utilizado en el ámbito científico y médico para establecer las etapas del cáncer. Éste fue desarrollado por el American Joint Comité on Cancer (AJCC) y permite describir la localización del cáncer, si se ha diseminado o no y si está afectando a otras partes del cuerpo. El conocimiento del estadio del cáncer permite: [4,5]

- Planificar el tratamiento, incluyendo el tipo de cirugía y si es necesario el tratamiento con quimioterapia o radioterapia.
- Predecir la probabilidad de que el cáncer vuelva a aparecer después del tratamiento primario.
- Predecir la probabilidad de recuperación.
- Utilizar un lenguaje común y claro dentro del equipo sanitario.

- Determinar la efectividad del tratamiento.
- Investigar nuevos tratamientos contra el cáncer más eficaces que los que existen en la actualidad.

La letra "T" más un número (0 a 4) describe el tamaño y la localización del tumor, incluyendo cuánto el tumor ha crecido hacia los tejidos circundantes. Un número más alto indica un mayor tamaño del tumor. [11]

La letra "N" más un número (0 a 3) indica el número de nódulos linfáticos afectados por el cáncer o la localización de éstos. [11]

La letra "M" indica metástasis o propagación del cáncer a otras partes del cuerpo. Si el cáncer no se ha extendido, se etiqueta M0. Si el cáncer se ha diseminado, se considera M1. [11]

Para determinar el estadio del cáncer de cada persona, se combinan los resultados de T, N, M con su etapa (I a IV) aunque algunos también pueden tener un estadio 0. [11]

- Etapa 0. Esta etapa describe el cáncer in situ, lo que significa "en el lugar". En este momento, todavía se encuentra en el lugar dónde comenzó y no se ha diseminado a los tejidos cercanos. Esta etapa es a menudo es altamente curable, por lo general mediante la extirpación del tumor con cirugía.
- Etapa I. Esta etapa suele ser un pequeño cáncer o tumor que no ha crecido profundamente en los tejidos cercanos. Tampoco se ha extendido a los ganglios linfáticos u otras partes del cuerpo. Se le reconoce como cáncer en etapa temprana.
- Etapa II y III. Estas etapas indican los cánceres más grandes o tumores que han crecido más profundamente en el tejido circundante. Pueden también haberse diseminado a los ganglios linfáticos, pero no a otras partes del cuerpo.
- Etapa IV. Esta etapa significa que el cáncer se ha diseminado a otros órganos o partes del cuerpo. También se puede llamar cáncer avanzado o metastásico.

El sistema TNM se utiliza principalmente para describir los cánceres que forman tumores sólidos, como el de mama, colon, y cánceres de pulmón. Sin embargo, también existen otros sistemas de clasificación para otros tipos de cáncer, tales como: [11]

- Los tumores del sistema nervioso central (tumores cerebrales). Debido a que estos normalmente no se extienden fuera del cerebro y la médula espinal, sólo la "T"

del sistema TNM se aplica. Actualmente, no existe un sistema de clasificación único de los tumores del sistema nervioso central.

- Los cánceres infantiles. El AJCC no incluye los cánceres infantiles en su sistema de clasificación. Para estos se utilizan sistemas específicos según el tipo de cáncer al que pertenecen.
- Los cánceres hematológicos. El sistema TNM no describe la leucemia, linfoma o mieloma múltiple, ya que por lo general éstos no forman tumores sólidos. Cada uno de ellos tiene un sistema de clasificación único.

TIPOS DE CÁNCER

El tipo de cáncer se define entre otras cosas por el tejido u órgano en el que se formó. Desde una perspectiva estricta pueden definirse tantos tipos de cánceres como enfermos, cada uno con sus alteraciones moleculares y celulares específicas, pero de forma sintética se agrupan por el tejido que les dio origen. [4]

- *Carcinomas:* Se trata de cánceres que se originan a partir de células epiteliales. Estas son células que recubren las superficies internas y externas de órganos, glándulas o estructuras corporales. Representan más del 80% de la totalidad de los cánceres, incluyendo las variedades más comunes de cáncer de pulmón, mama, colon, próstata, páncreas y estómago, entre otros. [4,12]
- *Sarcomas:* Son cánceres que se forman a partir del llamado tejido conectivo o conjuntivo, del que derivan los músculos, los huesos, los cartílagos, el tejido graso, vasos sanguíneos, vasos linfáticos y tejido fibroso (como tendones y ligamentos). [4,12]

  El osteosarcoma es el cáncer de hueso más común. Los tipos más comunes de sarcoma de tejido blando son el leiomiosarcoma, el sarcoma de Kaposi, el histiocitoma fibroso maligno, el liposarcoma y el dermatofibrosarcoma protuberante. [4,12]
- *Leucemias*: Son cánceres que se originan en la médula ósea, que es el tejido encargado de mantener la producción de glóbulos rojos, leucocitos y plaquetas. Las alteraciones en estas células pueden producir, respectivamente, anemia, infecciones y alteraciones de la coagulación (sangrados o trombosis). [4]

Este tipo de cáncer no forma tumores sólidos. En su lugar, un gran número de leucocitos anormales (células leucémicas y blastocitos leucémicos) se acumulan en la sangre y en la médula ósea y desplazan a las células normales de la sangre. Una concentración baja de estas células dificulta el transporte de oxígeno a los tejidos, y da lugar a hemorragias e infecciones. [4]

Hay cuatro tipos comunes de leucemia, los cuales se agrupan de acuerdo a la rapidez con la que empeora la enfermedad (aguda o crónica) y del tipo de célula en donde empieza el cáncer (linfoblástico o mieloide). [12]

- *Linfomas:* Se desarrollan a partir del tejido linfático. [4] El linfoma es un cáncer que empieza en los linfocitos (células T o células B). Estos son glóbulos blancos que combaten las enfermedades y que forman parte del sistema inmunitario. En el linfoma, los linfocitos anormales se acumulan en los ganglios linfáticos y en los vasos linfáticos, así como en otros órganos del cuerpo. [12]

  Hay dos tipos principales de linfomas: [12]

  - Linfoma de Hodgkin – Las personas que tienen esta enfermedad tienen linfocitos anormales que se llaman células de Reed-Sternberg. Estas células se forman, en general, de células B. [12]
  - Linfoma no Hodgkin – Es un grupo grande de cánceres que empiezan en los linfocitos. Los cánceres pueden crecer con rapidez o con lentitud y se pueden formar de células B o de células T. [12]
- *Mieloma múltiple:* El mieloma múltiple es un cáncer que empieza en las células plasmáticas, otro tipo de células inmunitarias. Las células plasmáticas anormales, llamadas células de mieloma, se acumulan en la médula ósea y forman tumores en los huesos de todo el cuerpo. El mieloma múltiple se llama también mieloma de células plasmáticas o enfermedad de Kahler. [12]
- *Melanoma:* El melanoma es un cáncer que empieza en las células que se convierten en melanocitos, los cuales son células especializadas en producir melanina (el pigmento que da color a la piel). La mayoría de los melanomas se forman en la piel, pero pueden formarse también en otros tejidos pigmentados, como en los ojos. [12]
- *Tumores de la médula espinal:* Hay diferentes tipos de tumores cerebrales y de la médula espinal. Estos tumores se nombran según el tipo de célula en donde se

formaron y el lugar en el que se formó dentro del sistema nervioso central. Por ejemplo, un tumor astrocítico empieza en las células del cerebro llamadas astrocitos. Los tumores cerebrales pueden ser benignos (no cancerosos), o malignos (cancerosos). [12]

FACTORES DE RIESGO

El cáncer no es una enfermedad individual con una sola causa, es un grupo de distintas entidades patológicas con distintas causas, manifestaciones, tratamientos y pronósticos. Cada cáncer se distingue por su naturaleza, localización o curso clínico de la lesión. La causa primaria no se ha determinado, aunque se han detectado muchos factores potenciales. [9]

Las categorías de los agentes o factores implicados en la oncogénesis (proceso de transformación de las células normales en células malignas) incluyen virus y bacterias, agentes físicos, sustancias químicas, factores genéticos o familiares, factores dietéticos y agentes hormonales. [3,13]

Virus y bacterias

Algunas infecciones virales pueden contribuir al desarrollo del cáncer. [4] Es complicado evaluar los virus como causa de cáncer en humanos ya que son difíciles de aislar. Sin embargo, se consideran o sospechan fuentes infecciosas cuando aparecen cánceres específicos en grupos.[13]

Su información genética puede insertarse en los cromosomas de la célula infectada, produciendo genes causantes de cáncer. A veces actúan por otros mecanismos, como la interferencia en los sistemas de defensa (vigilancia inmunológica). Son pocos los virus conocidos que comportan este riesgo, pero algunos son muy importantes. Un ejemplo son las infecciones por el virus del papiloma humano, transmitido a través de las relaciones sexuales. Se asocia típicamente a tumores como el cáncer de cervix o de orofaringe. Otros ejemplos son la aparición de tumores en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana, como consecuencia del fallo en la vigilancia inmunológica y las infecciones por el virus del sarcoma de Kaposi, el virus de Epstein-Barr (linfomas), el virus de la hepatitis B (cáncer hepático), etc. [4]

Las bacterias se han evaluado como causa de cáncer durante años, pero hay poca evidencia que respalde un vínculo entre ellas y las neoplasias malignas. [13] El caso mejor documentado es la infección por *Helicobacter pylori*, una bacteria que infecta el estómago ocasionando úlceras, que se asocia al desarrollo de cáncer de estómago. [4]

Agentes físicos

Los factores físicos relacionados con la oncogénesis incluyen exposición a la luz solar o radiación; irritación o inflamación crónica y el consumo de tabaco y alcohol. [3,13]

La radiación ultravioleta, presente en los rayos solares, es una radiación de baja energía que se asocia al cáncer de piel en personas prolongadamente o intensamente expuestas. Las radiaciones de alta energía como rayos X, o la procedente de átomos inestables llamados radioisótopos, penetran más profundamente y pueden ocasionar muchos otros tipos de tumores. Es el tipo de exposición resultante de explosiones atómicas o escapes radiactivos. Las radiaciones electromagnéticas de baja frecuencia, a las que cada vez estamos más expuestos a través del uso de teléfonos móviles o dispositivos inalámbricos, han sido relacionadas con el cáncer de forma controvertida. [4]

El tabaquismo representa el principal carcinógeno ambiental, siendo la primera causa de cáncer de pulmón y un factor importante en otros cánceres como los de cabeza y cuello, esófago, estómago, páncreas, etc. No es de extrañar que sea el responsable de la tercera parte de las muertes por cáncer si consideramos la amplia extensión del hábito tabáquico ya que en el humo del tabaco se han identificado docenas de carcinógenos. [4]

Por otro lado, el consumo de alcohol en cantidades abundantes se asocia a un riesgo aumentado de diversos tipos de cáncer, particularmente de la cavidad oral, laringe y esófago. [4]

La combinación de alcohol y tabaco ejerce un efecto mucho más peligroso, siendo el riesgo muy superior al derivado de la exposición aislada a cada uno de los carcinógenos. [4]

Agentes químicos

Se considera que casi el 75% de todos los cánceres se relaciona con factores del ambiente. Las sustancias más peligrosas ejercen sus efectos tóxicos mediante la alteración de la estructura del ADN en sitios corporales distantes a la exposición química. El hígado,

los pulmones y los riñones son los órganos afectados con mayor frecuencia, tal vez por sus funciones en la desintoxicación de sustancias. [3,13]

Algunos agentes externos, de tipo químico, que se han asociado al riesgo de cáncer son: los asbestos (presentes típicamente en aislantes y materiales de construcción) con el mesotelioma y el cáncer de pulmón, los benzenos (en petróleos) con las leucemias, el gas radón (presente en los granitos, minas de carbón) con el cáncer de pulmón, las naftilaminas con el cáncer de vejiga y el cloruro de vinilo con el cáncer hepático. [4]

Factores genéticos y familiares

La acumulación de lesiones genéticas a lo largo de los años hace que con la edad aumente potencialmente la probabilidad de padecer cáncer. De hecho, el aumento en la expectativa de vida, el envejecimiento poblacional, es el motivo del enorme aumento en la incidencia de cáncer en nuestra sociedad. [4]

Está demostrado que casi todos los tipos de cáncer tienen tendencias familiares. Esto puede deberse a la genética, ambientes compartidos, factores culturales, estilo de vida o a la mera casualidad. Cerca del 5% de las neoplasias malignas en adultos tiene un patrón que sugiere predisposición familiar. Las marcas distintivas de las familias con un síndrome de cáncer hereditario incluyen la afectación de dos o más parientes en primero o segundo grado, inicio temprano de los tumores en familiares <50 años de edad, el mismo tipo de cáncer en varios miembros de la familia, parientes individuales con más de un tipo de cáncer y un cáncer raro en uno o más integrantes de la familia. También hay evidencia de un patrón de herencia autosómico dominante en las neoplasias que afectan varias generaciones de una familia. [3,13]

Dado que en nuestras células existen dos copias de cada gen (una procedente de cada progenitor), un defecto heredado en una sola de las copias de un gen supresor de tumores no provocará un cáncer porque la otra permanecerá funcional. El problema sobreviene cuando una nueva mutación afecta la copia restante. Ante una historia familiar de cáncer puede estar indicado realizar, siempre de forma voluntaria, un cribado (screening) genético para determinar si se padecen mutaciones que aumenten el riesgo. Debe tenerse presente que el padecer estas mutaciones no indica que necesariamente se vaya a padecer cáncer, dependerá de la naturaleza de las mismas y de otros factores de

riesgo. Además, la información y posibles decisiones resultantes de las pruebas genéticas son, con frecuencia, difíciles de valorar. [4]

Factores de la dieta

Múltiples evidencias sugieren que los hábitos alimentarios y de estilo de vida se relacionan con el riesgo de padecer cáncer, en concreto la obesidad y el sedentarismo. [4]

Las sustancias de la dieta pueden ser proactivas (protectoras), carcinógenas o cocarcinógenas. El riesgo de cáncer aumenta con la ingesta prolongada de carcinógenos o cocarcinógenos o con la ausencia crónica de sustancias protectoras en la dieta. Las sustancias dietéticas que parecen aumentar el riesgo de cáncer incluyen grasas, alcohol, carnes curadas en sal o ahumadas, alimentos que contienen nitratos o nitritos y carnes rojas y procesadas. El alcohol eleva el riesgo de tumores malignos de boca, faringe, laringe, esófago, hígado, colon, recto y mama. El consumo abundante de verduras y frutas se relaciona con menor riesgo de cáncer pulmonar, esofágico, gástrico y colorectal. Una dieta alta en calorías también se relaciona con un aumento en el riesgo de cáncer por lo tanto, la obesidad es un factor de riesgo a tener muy en cuenta. [3,13]

Agentes hormonales

El crecimiento tumoral puede favorecerse con alteraciones en el balance hormonal, ya sea por la producción propia (endógena) de hormonas o por la administración de hormonas exógenas.[3,13]

Una vez detectados los anteriores factores de riesgo, podemos decir que la clave radica en la prevención de éstos. Podemos citar la prevención primaria, que se enfoca en disminuir los riesgos de enfermedad mediante estrategias que favorecen la salud (evitar los carcinógenos conocidos, hacer cambios dietéticos y del estilo de vida, eliminar el tabaquismo, disminuir la ingestión calórica, aumentar la actividad física, etc.). [3,13]

En cuanto a prevención secundaria, los programas de ésta favorecen las actividades para detección temprana, como la autoexploración mamaria y testicular, el test de Papanicolaou y el test de sangre en heces para la detección precoz del cáncer colorectal. Muchas organizaciones realizan eventos para la detección de cáncer que se enfocan en los tumores con incidencia más alta o los que tienen mejores tasas de supervivencia si se diagnostican en etapas tempranas, como el cáncer mamario o

prostático. Estos eventos ofrecen educación y estudios, como mamografías, exploración rectal digital y pruebas sanguíneas de antígeno prostático específico. [3,13]

SIGNOS Y SÍNTOMAS. DIAGNÓSTICO

Dado que el cáncer puede formarse en cualquier lugar del cuerpo y evolucionar con muchos patrones diferentes de diseminación, sus manifestaciones pueden ser igualmente diversas. Los signos y síntomas dependerán no sólo del lugar específico del tumor primario dentro del órgano que se formó, sino también de la velocidad de su desarrollo y de su posible diseminación.[4]

Muchos tumores primarios, o sus metástasis, pueden causar hinchazón o tumefacción cuando crecen en partes visibles del cuerpo, como la piel, la mama o la cavidad oral. La mayoría de las veces estas tumoraciones son indoloras, salvo complicaciones añadidas como ulceración de la piel, sobreinfección, rotura de la cortical del hueso, etc. [4]

Por sí mismos estos tumores pueden comprimir nervios, bloquear la vía aérea, el aparato digestivo o vasos sanguíneos. Además pueden ocasionar efectos a distancia del tumor, a través de la liberación de sustancias (hormonas por ejemplo) o de reacciones cruzadas en las que el organismo responde nocivamente frente a sí mismo en un intento de defenderse del tumor (síndromes paraneoplásicos). [4]

Es muy característico, sobre todo en cánceres avanzados, que los tumores debiliten el estado general. Esto no solo lo provocan consumiendo nutrientes, sino liberando sustancias que pueden inducir, por ejemplo, desnutrición (caquexia tumoral), cansancio (astenia) o fiebre. Otras expresiones de la enfermedad comunes son las derivadas de las alteraciones sanguíneas, en forma de anemia, infecciones y alteraciones de la coagulación. [4]

Los signos y los síntomas son ambos señales de lesión, enfermedad o dolencia: señales de que algo no está bien en el cuerpo. [7]

Un signo es una señal que puede ser vista por otra persona, tal vez un ser querido, un médico, enfermera u otro profesional de atención sanitaria. Por ejemplo, fiebre, respiración acelerada y sonidos anormales de los pulmones que se escuchan a través de un estetoscopio puede que sean signos de una neumonía. [7]

Por otro lado, un síntoma es una señal que la persona que lo experimenta siente o nota, aunque puede que otras personas no la noten fácilmente. Por ejemplo, debilidad, dolor muscular y dificultad para respirar. [7]

Hay manifestaciones que no necesariamente obedecen a la presencia de un cáncer, pero que deben alertar para descartar su existencia: [7]

- *Pérdida de peso inexplicable:* La mayoría de las personas con cáncer experimentará pérdida de peso en algún momento. Una pérdida de peso inexplicable de 7 Kg o más puede ser el primer signo de estar padeciendo un cáncer. Esto ocurre con más frecuencia en caso de cáncer de páncreas, estómago, esófago o pulmón.
- *Fiebre:* La fiebre es muy común en los pacientes que tienen cáncer, aunque ocurre con más frecuencia en casos de metástasis. Casi todas las personas con cáncer experimentarán fiebre en algún momento, especialmente si el cáncer o sus tratamientos afectan al sistema inmunológico. Con menor frecuencia, la fiebre puede ser un signo temprano de cáncer, como por ejemplo en caso de la leucemia o el linfoma.
- *Astenia:* La astenia es un agotamiento extremo que no mejora con el descanso. Puede ser un síntoma importante a medida que el cáncer progresa. No obstante, en algunos cánceres como la leucemia, el cansancio puede ocurrir al principio.
- *Dolor:* El dolor puede ser un síntoma inicial de algunos cánceres, tales como el cáncer de los huesos o el cáncer testicular. La localización del dolor variará según el órgano afectado.
- *Cambios en la piel:* Además de los melanomas, otros cánceres también pueden causar cambios visibles en la piel como:
    - Oscurecimiento de la piel (hiperpigmentación).
    - Coloración amarillenta de la piel y de los ojos (ictericia).
    - Enrojecimiento de la piel (eritema).
    - Picazón (prurito).
    - Crecimiento excesivo de vello (hirsutismo).
- *Un cambio en el hábito de evacuación o en la función de la vejiga:* El estreñimiento, la diarrea o un cambio en el tamaño de las heces fecales por un

tiempo prolongado puede ser un signo de cáncer de colon. Por otro lado, la disuria, hematuria o cambios en la función de la vejiga (tales como orinar con mayor o menor frecuencia) podrían estar relacionados con cánceres de vejiga o próstata.

- *Llagas que no cicatrizan:* Los cánceres de la piel pueden sangrar y asemejarse a llagas que no cicatrizan. Una llaga en la boca que no se cura podría deberse a un cáncer de la cavidad bucal. Esto se debe atender lo antes posible, especialmente en personas que fuman, mastican tabaco o frecuentemente consumen alcohol. Las llagas en el pene o la vagina podrían ser signos ya sea de una infección o de un cáncer en etapa inicial, y deben ser examinadas por un profesional de la salud.
- *Leucoplaquia:* La leucoplaquia es un área precancerosa que es causada habitualmente por una irritación por el hábito de fumar o el uso de otro tipo de tabaco. Si no se trata, la leucoplaquia puede convertirse en cáncer bucal. Cualquier cambio en la boca que dure mucho tiempo se debe examinar inmediatamente por un médico o dentista.
- *Sangrado o secreción inusual:* Un sangrado inusual puede ocurrir en caso de cáncer en sus etapas iniciales o avanzadas. Toser sangre (hemoptisis) puede ser un signo de cáncer de pulmón. Por otro lado, si aparece sangre en el excremento (lo que puede tener un color muy oscuro) podría ser un signo de cáncer de colon o cáncer de recto. El cáncer de cuello uterino o del endometrio puede causar sangrado vaginal anormal. Asimismo, la hematuria puede que sea un signo de cáncer de la vejiga o del riñón. Una secreción con sangre que salga del pezón puede que sea un signo de cáncer de seno.
- *Endurecimiento o una masa en el seno o en cualquier parte del cuerpo:* Muchos tumores se pueden palpar a través de la piel principalmente en los senos, los testículos, los ganglios linfáticos (glándulas) y en los tejidos blandos del cuerpo. Una masa o endurecimiento puede ser un signo temprano o tardío de cáncer, y se debe informar a un médico, especialmente si se acaba de descubrir o notar que ha crecido en tamaño.
- *Indigestión o disfagia:* La indigestión o dificultad persistente para tragar pueden ser signos de cáncer de estómago o de faringe.
- *Cambio reciente en una verruga o lunar o cualquier cambio nuevo en la piel:* Cualquier verruga, lunar o peca que cambia en color, tamaño o forma debe

reportarse a un médico inmediatamente. Además, se debe informar al médico cualquier otro cambio en la piel. Un cambio en la piel puede ser un melanoma que se puede tratar eficazmente si se diagnostica precozmente.

- *Tos persistente o ronquera:* Una tos persistente puede que sea un signo de cáncer de pulmón, mientras que la ronquera puede ser un signo de cáncer de laringe o de la glándula tiroides.

Ante la aparición de alguna de las manifestaciones mencionadas anteriormente y que puede estar relacionada con la presencia de un tumor, se inician una serie de estudios clínicos. Estos comenzarán por la anamnesis y la exploración física, y seguirán por investigaciones analíticas y de imagen. En ocasiones los resultados pueden ser sugestivos de su existencia, al descubrir, por ejemplo, un nódulo mamario en la exploración o en una mamografía, una masa pulmonar en una radiografía o un marcador tumoral elevado en una analítica. [4]

Sin embargo, para el diagnóstico de certeza es imprescindible la confirmación histológica. Para ello siempre deberá extraerse y analizarse una muestra del tejido tumoral, por medio de una biopsia. [4]

Muy excepcionalmente, como puede suceder en algunos hepatocarcinomas o tumores cerebrales, puede llegar a prescindirse del estudio histológico. [4]

CHOQUE EMOCIONAL

El diagnóstico de una patología de la envergadura del cáncer produce un choque emocional en el paciente que podemos describir como un duelo. El duelo es el proceso psicológico normal de reacción activado por el individuo, una respuesta emocional normal, para ayudarle a sobreponerse a una pérdida personal importante. El duelo es esencial para una buena salud mental y física. Permite al individuo afrontar la pérdida gradualmente y aceptarla como parte de la realidad. El duelo es un proceso social; la mejor forma de combatirlo y superarlo es la compañía de otros. [9]

Debemos asumir que en el momento del diagnóstico de la enfermedad se inicia este proceso y que como profesionales de la salud debemos ayudar al paciente a completarlo de forma satisfactoria ya que superar el duelo es algo importante, debido a que se ha comprobado que la aflicción de un duelo no resuelto (reacción de pena grave y

crónica en la que una persona no completa la fase de resolución del proceso de duelo en un tiempo razonable) tiene posibles efectos devastadores sobre la salud. [9]

Muchos autores han descrito etapas o fases del duelo, siendo quizás las más famosas las de Kübler-Ross, quien describió 5 etapas: [14,15]

- *Negación:* El paciente se niega a creer el diagnóstico. No está preparado para afrontar los problemas físicos, sociales y emocionales que se presentarán a partir de este momento. Muchos muestran una falsa seguridad como sistema protector.
- *Ira:* El paciente o su familia pueden dirigir éste sentimiento hacia el equipo sanitario, en temas que normalmente no les preocuparían lo cual es un reflejo del difícil momento que atraviesan.
- *Negociación:* Intenta negociar para evitar la pérdida es decir, vincula ciertas prácticas positivas a la esperanza de una curación espontánea. Puede expresar sentimientos de culpa o temor a un castigo por los pecados pasados, reales o imaginarios.
- *Depresión:* El paciente se lamenta por lo que ha pasado y por lo que ya no podrá ser. Esta fase puede manifestarse por medio de la expresión libre de éstos sentimientos o puede intentar ocultarse a través del aislamiento.
- *Aceptación:* Acepta la pérdida. Puede mostrar menos interés por lo que le rodea y por las personas de apoyo o preparase para hacer frente a la enfermedad. Cabe destacar que no todos los pacientes completan el ciclo y por lo tanto llegan a esta última fase.

Hay que tener en cuenta que el duelo no es un proceso cíclico sino que las diferentes fases se pueden presentar de forma alterna e individualizada en cada paciente.

Es aquí donde radica el protagonismo de la enfermería como personal de apoyo emocional para el paciente y su familia, proporcionando la información y cuidados necesarios para seguir avanzando juntos en este proceso y ayudarles a conseguir el mayor estado de bienestar posible.

TRATAMIENTO

Las opciones terapéuticas ofrecidas a los pacientes con cáncer deben basarse en los objetivos terapéuticos de cada tipo específico de lesión. El intervalo de los objetivos

terapéuticos incluye erradicación completa de la enfermedad (curación), supervivencia prolongada y contención del crecimiento celular maligno (control) o alivio de los síntomas de la enfermedad (paliativo). [3,13]

En el tratamiento del cáncer, se usan muchas modalidades. Es posible utilizar diversos recursos terapéuticos, como intervención quirúrgica, radiación, quimioterapia y regímenes terapéuticos dirigidos en distintos momentos durante el tratamiento. El conocimiento de los principios de cada uno y la interrelación que guardan es importante para comprender la justificación y los objetivos del tratamiento. [3,13]

Los principales objetivos de un programa de diagnóstico y tratamiento del cáncer son curar o prolongar considerablemente la vida de los pacientes, y garantizar la mejor calidad de vida posible a quienes sobreviven a la enfermedad. [1]

Los programas de tratamiento más eficaces y eficientes son los que: [1]

- Funcionan de forma continuada y equitativa.
- Están vinculados a sistemas de detección precoz.
- Respetan normas de atención basadas en datos probatorios y aplican un enfoque multidisciplinario.

Además, esos programas garantizan un tratamiento adecuado para los tipos de cáncer que, si bien no se prestan a una detección precoz, tienen un alto potencial de curación o buenas probabilidades de que la supervivencia se prolongue con una buena calidad de vida. [1]

Cirugía

La cirugía es la extirpación quirúrgica del tumor y del tejido circundante durante una operación que se mantiene como método terapéutico ideal y más frecuente. Sin embargo, el acceso quirúrgico específico varía según diversos factores. [3,7,13]

Los objetivos de la cirugía pueden variar; se usa con frecuencia para extirpar todo el tejido canceroso o parte de este después del diagnóstico. También puede usarse para diagnosticar el cáncer, averiguar dónde se encuentra, si se ha diseminado y si está afectando la función de otros órganos del cuerpo. La intervención quirúrgica quizá sea el método terapéutico primario, pero también puede ser profiláctico, paliativo o reconstructivo. [7]

El lugar donde se realiza la cirugía depende del alcance de ésta y de cuánta recuperación se necesita. La cirugía puede realizarse en el consultorio de un médico, en una clínica, en un centro de cirugía o en un hospital. [7]

Radioterapia

Más del 50% de los pacientes con cáncer recibe alguna forma de radioterapia en algún momento del tratamiento que generalmente consiste en una cantidad específica de tratamientos administrados durante un período determinado. Existen dos tipos de radiación ionizante que dañan el tejido: radiación electromagnética y radiación de partículas. El daño tisular más grave es la alteración directa a la molécula de ADN dentro de las células. La radiación ionizante rompe las cadenas de la molécula de ADN, lo cual causa la muerte celular. También conduce a la formación de radicales libres y daño irreversible del ADN. Si este último es incapaz de repararse, la célula muere de inmediato o inicia la lisis celular, una muerte celular programada en los genes. [3,13,16]

Un *tumor radionsensible* es el que puede destruirse con una dosis de radiación que todavía permite la regeneración celular del tejido normal. La sensibilidad a la radiación también se incrementa en tumores más pequeños y que contienen células con división rápida (proliferación intensa) y mal diferenciadas (que ya no se parecen al tejido de origen). [3,13,16]

El objetivo de este tratamiento es destruir las células cancerosas sin dañar el tejido sano cercano. La radioterapia se puede utilizar como tratamiento principal o como una terapia adyuvante (tratamiento administrado después del tratamiento principal para atacar las posibles células cancerosas restantes). La radioterapia también se puede utilizar para reducir los tumores y reducir la presión, el dolor y otros síntomas del cáncer (radioterapia paliativa) cuando no es posible que la enfermedad desaparezca por completo. [7]

Quimioterapia

La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas. Actúa evitando que éstas crezcan y se multipliquen. Debido a que las células cancerosas en general crecen y se dividen más rápido que las células sanas, la quimioterapia las destruye más rápido que a la mayoría de éstas últimas. Sin embargo, debido a la potencia de éstos, causan sobre las células sanas los denominados efectos secundarios de la quimioterapia. [7]

En la quimioterapia, se usan fármacos antineoplásicos como un intento por destruir las células tumorales por interferencia de sus funciones, incluida la replicación. La quimioterapia se utiliza sobre todo para tratar la enfermedad sistémica, pero no las lesiones circunscritas susceptibles a intervención quirúrgica, radioterapia o ambas. También se utiliza para reducir el tamaño del tumor antes del procedimiento quirúrgico, para destruir las células tumorales remanentes después de la intervención quirúrgica o para tratar algunas formas de leucemia o linfoma. Los objetivos de la quimioterapia (curación, control, paliación) deben ser realistas porque determinan los fármacos que han de administrarse y la intensidad del plan terapéutico. [3,13,16]

Trasplante de médula ósea

Aunque la intervención quirúrgica, la radiación y la quimioterapia han mejorado las tasas de supervivencia de los pacientes con cáncer, muchos tumores malignos que al principio respondieron al tratamiento, recurren. Por eso, un segundo método, llamado trasplante de células precursoras de sangre periférica (*trasplante de médula ósea*), se usa con frecuencia. [3,13,16]

Durante éste procedimiento médico, la médula ósea enferma es destruida con quimioterapia y/o radioterapia y luego se reemplaza por células madre que se convierten en la médula ósea sana. [7]

El trasplante de células madre es un procedimiento que se recomienda con mayor frecuencia como opción de tratamiento para las personas con leucemia, mieloma múltiple y algunos tipos de linfoma. También puede usarse para tratar algunas enfermedades genéticas de afectación sanguínea. [7]

Hipertermia

La hipertermia (también llamada terapia térmica o termoterapia) es la generación de temperatura mayor al intervalo de la fiebre fisiológica (>41,5ºC) y se ha usado desde hace muchos años para destruir tumores cancerosos aunque todavía no está disponible en forma generalizada. Es probable que las células cancerosas sean más sensibles que las normales a los efectos nocivos de la hipertermia por varias razones ya que carecen de los mecanismos necesarios para reparar el daño causado por las temperaturas elevadas. La mayoría de los tumores malignos no dispone de un riego sanguíneo adecuado para aportarles el oxígeno necesario durante el periodo de mayor demanda celular, como en la

hipertermia. Tampoco disponen de vasos sanguíneos de tamaño adecuado para disipar el calor; además, el sistema inmunitario se estimula de manera indirecta cuando se usa la hipertermia. Esta estrategia es más eficaz cuando se combina con radioterapia, quimioterapia o tratamiento biológico. [12,13,16]

Tratamientos dirigidos

La terapia dirigida es un tipo de tratamiento que actúa sobre los genes y las proteínas específicas del cáncer o las condiciones del tejido que contribuyen al crecimiento y a la supervivencia del cáncer. Esta incluye medicamentos dirigidos contra genes o proteínas específicos que solo se encuentran en células cancerosas,o en las condiciones del tejido que contribuyen al crecimiento y a la supervivencia del cáncer. Con frecuencia, se usa junto con quimioterapia y otros tratamientos. Entre este tipo de tratamientos se encuentran: [7]

- *Modificadores de la respuesta biológica (MRB):* Implica el uso de compuestos naturales o recombinantes (reproducidos por ingeniería genética) o métodos terapéuticos que alteran la relación inmunitaria entre el tumor y el huésped para producir un beneficio terapéutico. Aunque los mecanismos de acción varían según el tipo de MRB, el objetivo es destruir el tumor o detener el crecimiento maligno. La base del tratamiento con MRB radica en la restauración, la modificación, la estimulación o el aumento de las defensas inmunitarias naturales del cuerpo contra el cáncer. [3,13,16]
- *Genoterapia:* Ésta incluye estrategias para corregir defectos genéticos o manipular genes a fin de inducir la destrucción de las células tumorales con el objetivo de prevenir o combatir la enfermedad. Uno de los desafíos que enfrenta la genoterapia contra el cáncer son las múltiples mutaciones somáticas implicadas en el desarrollo de un tumor maligno, lo cual dificulta la identificación de la estrategia genoterapéutica más eficaz. [3,13,16]
- *Medicina complementaria y medicina alternativa:* Para muchos pacientes y sus médicos es todo un desafío encontrar el equilibrio entre el logro de una calidad de vida razonable mientras se emplean tratamientos potencialmente tóxicos que salvan la vida. La medicina complementaria se refiere a los tratamientos en

conjunto con la medicina convencional, mientras que la medicina alternativa se refiere a los métodos terapéuticos usados en lugar de los convencionales. [3,13,16]

EL PRONÓSTICO

Muchos factores pueden afectar al pronóstico de la enfermedad. Algunos de estos factores incluyen: [12]

- El tipo de cáncer y la localización.
- El estadio o etapa de la enfermedad, que indica el tamaño del cáncer y si se ha diseminado a otras partes del cuerpo.
- El grado del cáncer, que indica qué tan anormales se ven las células cancerosas al microscopio. El grado nos da una idea de la rapidez con que puede crecer y diseminarse el cáncer.
- Ciertas características de las células cancerosas.
- La edad y el estado de salud antes del cáncer.
- La respuesta al tratamiento.

Si el paciente decide no recibir tratamiento, serán los profesionales sanitarios quienes deberán explicarle su pronóstico ya que son los que mejor conocen su situación de salud.

Las estadísticas de supervivencia provienen con frecuencia de estudios que comparan un tratamiento con otro, y no de comparaciones cuando hay o no hay tratamiento. Por lo tanto, no será sencillo proporcionar un pronóstico preciso.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

La Real Academia Española define el concepto de información como la comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada; es decir, la información nos dice algo que todavía no sabemos. La importancia de la información en los pacientes diagnosticados de cáncer radica en proporcionar conocimientos sobre un tema completamente nuevo y que resulta ser primordial para la subsistencia del individuo. [17]

En la adquisición de estos nuevos conocimientos el paciente puede recurrir a diferentes tipos de fuentes de información.

Se denominan fuentes de información a diversos tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento. Consideramos documentos o fuentes primarias aquellos que tienen un carácter original, que no han sufrido ningún proceso de transformación o cambio como por ejemplo un libro, un periódico, una revista, una página web, un video, etc. Los documentos secundarios o fuentes secundarias son aquellos que resultan del análisis y del tratamiento de los documentos primarios y dan lugar a un documento diferente como por ejemplo una bibliografía, una base de datos de resúmenes, un directorio de enlaces sobre una materia, etc. [18]

En la realización de este trabajo no nos referimos a las fuentes de información como primarias o secundarias, lo que pretendemos definir como tal son los recursos de los que dispone el paciente para obtener la información que desea o precisa.

En los modelos de enfermería siempre se tiene en cuenta la comunicación como uno de los pilares en la atención a los pacientes. Virginia Henderson en su teoría de las catorce necesidades, nombra la necesidad de comunicarse con otros, pues para el ser humano es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones ya que estas están íntimamente ligadas a las alteraciones de salud tanto física como psicológicamente. La enfermería promueve el bienestar del paciente, fomentando las relaciones y la aceptación de la propia persona. [19,20]

En este sentido el personal enfermero debe valorar el equilibrio entre la soledad y la interacción social, el estado de los órganos de los sentidos, la capacidad de expresión, las relaciones con la familia, amigos y pareja y no puede conformarse sólo con ser “buen técnico”, sino que tiene que buscar la excelencia en su trabajo. Dicha excelencia requiere de una implicación personal que solo se logra si este es consciente de que esta debe estar presente en todo el entramado de su trabajo. [19,20]

En estos últimos años, una de las tendencias que ha surgido es la decisión del ciudadano de “apropiarse de su salud”, es decir, de no considerarla como un elemento externo que es gestionado por el personal médico y de enfermería así como por las demás instituciones sanitarias, sino como un factor vital cuya gestión nos incumbe a todos. En otras palabras, el individuo ha decidido asumir el protagonismo de su salud, de ahí que su comportamiento respecto a este tema sea cada vez más activo, lo cual da lugar a

conductas como la búsqueda de información en la Red, la consulta con amigos y familiares, o incluso la adopción de un comportamiento menos pasivo en la interacción con los profesionales sanitarios. [21]

El 14 de Noviembre de 2002 se publicó, en el Boletín Oficial del Estado, la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En este documento se recoge el derecho del paciente a recibir toda la información que desee respecto a su salud, también exige que se respete su voluntad si este desea no ser informado. El objetivo de la información proporcionada es promover y permitir la autonomía del paciente haciéndole partícipe de su salud y de las decisiones que le competen respecto a esta. En dicho documento también se especifica que el titular del derecho a la información es el paciente, aunque asimismo podrán ser informadas todas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita. Del mismo modo se podrá recurrir a estas personas para proporcionar la información cuando el paciente carezca de capacidad para entenderla a causa de su estado físico o psíquico. [5]

En el día a día de un paciente, además de los profesionales de la salud que trabajan en el medio sanitario al que acude, existen otros protagonistas, como por ejemplo la familia y los amigos. En lo que se refiere a los familiares, se trata de agentes informativos estratégicos, no solo por el nivel de credibilidad y confianza que el paciente les otorga, sino también por el contacto directo que mantiene con ellos. Los amigos al igual que en el caso de la familia, salvo excepciones, no son expertos en salud que gocen de autoridad científica, sin embargo, son una fuente valiosa de información sobre experiencias sanitarias; es decir, los amigos pueden aportar un apoyo emocional a través de explicar al paciente las distintas experiencias que ellos han tenido o conocen de otros. Este apoyo emocional es muy importante en el sentido de que puede influir positivamente en la decisión del paciente de seguir el tratamiento médico establecido así como los consejos facilitados por el profesional de la salud, o no, ya que su conocimiento se basa en la experiencia y será esta la que les guie a la hora de aconsejar al paciente. [21]

En definitiva, el paciente y su entorno (familiares y amigos), así como los profesionales de la salud son algunos de los principales protagonistas de la información médica que se transmite al paciente. Si bien es cierto que se pueden añadir otros como,

por ejemplo las asociaciones de pacientes o los medios de comunicación, el protagonismo principal siempre reside en el paciente y es él quien decide en qué fuente depositar su confianza. [21]

Todos los profesionales sanitarios responden a un código deontológico que guía su práctica. Dicho código, en enfermería, dicta que ésta debe cerciorarse de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente. [22] Por lo cual, el proporcionar la información de manera apropiada al paciente, es una de las principales funciones de la enfermería, ya que mediante esta se promueve uno de los pilares fundamentales de nuestra profesión, el mantenimiento o restitución de la autonomía del paciente. [22]

Otro concepto de especial relevancia en este trabajo es la comunicación, descrita como la transmisión de señales mediante un código común entre el emisor y el receptor. [23] La comunicación es un proceso de intercambio de información en el que intervienen la persona que emite el mensaje, la persona que lo recibe y el propio mensaje. El medio a través del que se desarrolla una idea o un mensaje es el pensamiento, pero este por sí mismo no sirve para comunicar dicha idea. El contenido cognitivo debe comunicarse a través de los métodos posibles, verbales o no verbales. La comunicación es la herramienta con la que cuenta el personal de salud para construir la relación terapéutica y establecer un clima de confianza con el paciente y su familia. [24]

La mayoría de los modelos actuales y los principales conceptos sobre la teoría de la comunicación se originaron en la obra *Teoría matemática de las comunicaciones*, de Shannon y Weaver, que se ha convertido en clásica. En ella se desarrolla el diagrama de la comunicación más aceptado por su originalidad y simplicidad, que consta de los siguientes elementos: [25]

<u>Fuente de información</u>

- Representa el origen del mensaje. Está constituido por el cerebro o el aparato psíquico del individuo que inicia la comunicación e incluye sus conocimientos, habilidades y actitudes. [25,26]

Mensaje

- Corresponde a la información que se debe transmitir, también denominado input o entrada de información. En su forma primitiva se presenta como un pensamiento no verbal compuesto de representaciones visuales, auditivas, olfativas, etc. [25,26]

Emisor

- Transforma el mensaje en una señal adecuada, apta para ser transmitida por el canal que va a ser utilizado. Esta operación, denominada codificación, implica las estructuras cognitivas necesarias para elaborar palabras o gestos y un aparato fonatorio o cinestésico que permita su realización. [25,26]

Código

- Sistema formado por un repertorio de señales (léxico) y unas reglas de combinación (sintaxis) que permiten las operaciones de codificación y descodificación. Dicho código debe ser compartido por los interlocutores porque, de lo contrario, es imposible la comunicación. [25,26]

Señal

- Forma codificada del mensaje, capaz de usar el canal. En el lenguaje hablado lo forman las vibraciones aéreas estructuradas según las normas del código lingüístico. Cuando esta señal puede ser entendida por el receptor como asociada al referente del que se trate, se denomina signo. Si este signo es reconocido mayoritariamente por un grupo humano como expresión referente, se llama símbolo. [25,26]

Receptor

- Elemento que capta y descodifica la señal restituyendo el mensaje. Dependiendo del tipo de señal actuara el sistema auditivo o visual. [25,26]

Destinatario

- Individuo al que va dirigido el mensaje. [25,26]

Por último, como uno de los componentes más importantes, habría que añadir el *referente*, que es el objeto, el sujeto o la situación a quien hace referencia el mensaje. Estos autores, también describieron el concepto de *ruido* como cualquier trastorno que

interfiere con la transmisión del mensaje y oscurece la percepción por el receptor, que puede tener lugar en cualquier nivel del proceso de comunicación. [25]

La comunicación constituye un componente clave en la relación con el paciente. Sin comunicación es imposible expresarle a este la intención de ayudarle ni el tipo de cuidados que se le van a ofrecer. Por lo tanto, en la ciencia de la enfermería, cuyo paradigma y función principal se considera que es la relación de ayuda, la comunicación aparece como uno de los elementos más importantes que definen la calidad de los cuidados y la capacitación profesional. [20] Sin embargo, desarrollar una comunicación efectiva no es algo que suceda de forma natural. Es un proceso altamente complejo que debe ser entendido en términos psicológicos, desde este punto de vista, uno de los aspectos más positivos de la investigación es que las habilidades de comunicación constituyen patrones de conducta que pueden ser aprendidos, practicados y mejorados. [25]

La información y la comunicación que se genera en el proceso asistencial son un elemento decisivo para alcanzar la excelencia profesional. La información que los profesionales de la salud proporcionan al paciente, tiene que asentarse en un tipo de relación que les vincule con la profundidad de su ser y que, por ello, sea capaz de dar sustento a la confianza que debe existir entre ellos. [20]

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

El concepto de ser holístico considera que la suma de la actividad biológica, psicológica, social y espiritual del individuo da lugar a una persona única, un ser biopsicosocial. Un aspecto integral de este concepto es que cada persona resulta influida por una combinación diferente de elementos genéticos y ambientales. Cada persona tiene una visión subjetiva del entorno derivada de sus experiencias y relaciones anteriores. La persona aprende a adaptarse a la vida y al entorno a través de la observación del mundo que le rodea. Esta naturaleza compleja de cada individuo es un factor que interviene en el desarrollo de la relación terapéutica. [24]

Las diferencias psicosociales existentes entre los pacientes y los profesionales hacen que no exista un único modelo efectivo para establecer esta asociación por lo tanto, es posible que pacientes que comparten un mismo diagnóstico tengan patrones de

síntomas diferentes según sus experiencias anteriores, su situación actual y sus necesidades individuales. Las exigencias externas del entorno y las fuerzas internas de cada persona condicionarán la adopción del enfoque individual de la interacción entre el profesional y el paciente. [24]

La comunicación terapéutica se puede definir como la comunicación específica para una relación en la que una persona desempeña el papel de ayudar a otra. Este tipo de comunicación constituye un nuevo enfoque en el cuidado y atención en el cual el centro de trabajo es el paciente, su narrativa (lo que dice y cómo lo dice), su experiencia con la enfermedad, su experiencia del sufrimiento y lo que significa para él y cómo el profesional le escucha, atiende y dialoga con él sobre esa experiencia. La relación terapéutica y eficaz que los profesionales establecen con el paciente a través de la comunicación es la base para después poder llevar a cabo todos los cuidados que este necesita. [27]

La comunicación terapéutica no es un método inventado por los profesionales de la salud para combatir enfermedades; es sencillamente algo que ocurre espontáneamente por todas partes en la vida cotidiana, y los profesionales se ven desafiados a lograr que estos hechos de ocurrencia natural sucedan con mayor frecuencia. Dado que dicha comunicación tiene un efecto positivo y reparador tras haber aprendido a establecer relaciones apropiadas, el paciente estará en condiciones de aceptar lo inevitable mientras guía su existencia en aquellos asuntos donde tiene alguna posibilidad de elección. [28]

El establecimiento de la relación terapéutica es fundamental para el cuidado emocional de la persona y familia. A veces la ayuda que los profesionales de la salud pueden ofrecer es limitada, a causa de eventos sobre los que no se tiene ninguna posibilidad de control o por las propias características de la patología. [29] En ocasiones la percepción que tiene el paciente del poder de los profesionales puede hacer que perciba una actitud de condescendencia; muchos pacientes no confían en nadie y se muestran especialmente suspicaces hacia las personas con autoridad, y el profesional de la salud se percibe como una figura de autoridad. [24] Por lo tanto, los profesionales deben mostrarse vigilantes, siendo conscientes de las necesidades del paciente y expresar en todo momento sensibilidad ante ellas. [27,28]

Consideramos que la relación terapéutica es un vínculo beneficioso en el que una persona contribuye al crecimiento personal y bienestar de otra. Durante esta relación personal se producen un conjunto de interacciones entre los profesionales y el paciente que proporcionan información sobre sus necesidades y problemas. El personal de enfermería colabora con el resto de miembros del equipo de salud para alcanzar el objetivo compartido de ayudar a que el paciente alcance un nivel de actividad adaptativo y mejorado en la sociedad. [24]

OBJETIVO

Conocer si existe un vínculo entre la información que reciben los pacientes diagnosticados de cáncer y su estado emocional.

Objetivos secundarios:

Averiguar la influencia de la capacidad de comunicación de los profesionales sanitarios en el estado emocional de los pacientes diagnosticados de cáncer.

Establecer si existe relación entre la cantidad y la calidad de la información que recibe el paciente en el momento del diagnóstico con su posterior bienestar emocional y/o afrontamiento de la enfermedad.

Determinar si el paciente percibe una necesidad de comunicación terapéutica con los profesionales sanitarios y si esta es satisfecha.

Indagar si se promueve la autonomía en la toma de decisiones y el autocuidado del paciente al proporcionarle información acerca de la enfermedad.

METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos establecidos se procede a realizar una revisión bibliográfica acerca de la influencia de la información y comunicación sobre el estado emocional de los pacientes diagnosticados de cáncer. Siguiendo este propósito, se establecen como criterios de inclusión/exclusión para dicha revisión (Tabla 1):

Tabla 1: Criterios de búsqueda	
Criterios de inclusión	**Criterios de exclusión**
• Artículos que hayan sido publicados entre Enero de 2010 y Diciembre de 2015. • Disponibles en texto completo. • Idioma de publicación: inglés, castellano, catalán y/o portuguès. • Aportación de información relevante sobre los objetivos establecidos.	• Edad pediátrica o geriátrica de los pacientes sujetos a estudio. • Artículos no disponibles de forma gratuita. • No pertenecientes al ámbito social y sanitario.

Con el fin de obtener unas referencias bibliográficas óptimas sobre el tema en cuestión, se realizará una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos: Cuiden, Cinahl y Pubmed. También se añadirán los artículos encontrados a través de búsqueda manual. Se utilizaran de manera combinada las palabras clave y descriptores con operadores booleanos (Tabla 2) para la síntesis estratégica de la búsqueda.

Atendiendo a los resultados obtenidos de la búsqueda bibliográfica, se procederá a la lectura exhaustiva de los artículos valorando su relevancia sobre los objetivos establecidos, teniendo en cuenta las siguientes directrices: primero se harán exclusiones por el título, seguidamente se procederá a la lectura del resumen rechazando los menos significativos y finalmente se analizará el texto completo seleccionando las referencias potencialmente representativas acerca del tema (Tabla 3).

Por último, se procederá al análisis de dichas referencias con el propósito de comprender cuál es la situación actual en relación a la información, comunicación y bienestar emocional de los pacientes diagnosticados de cáncer.

Tabla 2: Estrategia de búsqueda en las bases de datos	
Idioma	**Palabras clave / Descriptores**
Castellano	Información / cáncer / estado / emocional / comunicación / afrontamiento / pacto de silencio / decisiones / enfermería / autocuidado.
Inglés	Cancer / information / communication / nursing / confrontation / decision / oncology / self-caring / diagnosis / needs.

Tabla 3: Resumen del procedimiento de selección y evaluación de los resultados				
Base de datos consultada	**Número de artículos encontrados**			
	Selección por descriptores	**Selección por titulo**	**Selección por resumen**	**Selección por texto completo**
CUIDEN	([res=información])AND([res=cáncer])			
	117	18	11	4
	([res=cáncer])AND([res=estado])AND([res=emocional])			
	15	3	1	0
	([res=cáncer])AND([res=comunicación])			
	32	3	2	0
	([res=cáncer])AND([res=información])AND([res=afrontamiento])			
	7	1	1	0
	([res=cáncer])AND(([res=pacto])AND(([res=de])AND([res=silencio])]))			
	1	1	1	0
	([res=cáncer])AND([res=decisiones])			
	17	2	1	0
	([res=cáncer])AND(([res=comunicación]) AND([res=enfermería]))			
	12	4	1	1

	([res=cáncer])AND([res=autocuidado])			
	46	5	1	0
PUBMED	((cancer[Title]) AND information [Title]) AND communication [Title]			
	5	2	2	1
	((cancer[Title]) AND information[Title]) AND decision [Title]			
	5	3	2	1
	((oncology[Title/Abstract]) AND communication[Title]) AND nursing			
	6	3	1	0
	((self[Title/Abstract]) AND caring[Title/Abstract]) AND cancer			
	14	4	1	0
	((diagnosis[Title]) AND cancer[Title]) AND information [Title]			
	14	4	2	1
	((diagnosis[Title]) AND cancer[Title]) AND information [Title/Abstract]			
	36	9	2	0
	((oncology [Title/Abstract]) AND diagnosis [Title/Abstract]) AND			
	36	9	1	0
CINAHL	TI cancer AND TI information AND TI communication			
	4	2	1	0
	AB cancer AND AB communication AND AB nursing			
	22	10	3	1
	TI cancer AND TI information AND TI decision			
	23	5	2	1
	AB cancer AND AB self care AND AB nursing			
	5	2	1	0
	AB cancer AND AB diagnosis AND AB information needs			
	43	15	8	7

RESULTADOS

Se encontraron un total de 460 artículos. Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión, hemos seleccionado para el estudio los siguientes 18 artículos: Tabla 4.

Tabla 4: Artículos seleccionados de cada base de datos	
CUIDEN	• Actitudes de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama frente a la toma de decisiones compartida. [30] • ¿Cómo perciben los pacientes con cáncer la importancia de compartir el control de las decisiones en las intervenciones de sus problemas de salud? [31] • ¿Son más propensos a incrementar su ansiedad los enfermos de cáncer de colon que tienen un mayor conocimiento sobre su enfermedad? [32] • Comunicação de notícias: receios em quem transmite e mudanças nos que recebem. [33] • A critical review of the evidence for nurses as information providers to cancer patients. [34]
CINAHL	• Satisfaction with information provided to Danish cancer patients: Validation and survey results. [35] • Communicating good care: A qualitative study of what people with urological cancer value in interactions with health care providers. [36] • Prostatectomy: information provision and education for patients. [37] • Patient preferences for the delivery of bad news – the Experience of a UK Cancer Centre. [38] • Adjustment to cancer and the information needs of people with lung cancer. [39] • E-loyalty towards a cancer information website: applying a theoretical framework. [40] • Patient, Companion, and Oncologist Agreement Regarding Information Discussed during Triadic Oncology Clinical Interactions. [41]

	• Cancer patients' information needs the first nine months after diagnosis. [42] • Assessing information and service needs of young adults with cancer at a single institution: the importance of information on cancer diagnosis, fertility preservation, diet, and exercise. [43]
PUBMED	• Cancer-related internet information communication between oncologists and patients with breast cancer: a qualitative study. [44] • Toward a greater understanding of breast cancer patients' decisions to discuss cancer related internet information with their doctors: An exploratory study. [45] • Factors influencing treatment decision making and information preferences of prostate cancer patients on active surveillance. [46]
BÚSQUEDA MANUAL	• Conspiración de silencio y malestar emocional en pacientes diagnosticados de glioblastoma multiforme. [47]

Tabla 4: Resultados relevantes de los artículos seleccionados				
Publicación	**Título**	**Autores**	**Objetivos**	**Metodología**
SUPPORT CARE CANCER 2013	Assessing information and service needs of young adults with cancer at a single institution: the importance of information on cancer diagnosis, fertility preservation, diet, and exercise. [43]	Gupta AA, Edelstein K, Albert-Green A, D'Agostino N.	Examinar la necesidad de información de los pacientes con cáncer sobre la enfermedad, las pruebas diagnósticas, tratamientos, cuidado físico y recursos psicosociales durante el tratamiento.	Estudio observacional con 138 pacientes con cáncer en estadios II-IV que reciben tratamiento y que fueron estudiados más de nueve meses. Las necesidades de información se evaluaron utilizando el Toronto Informativo Necesidades Cuestionario (INQ).
PATIENT EDUCATION AND COUNSELING 2013	Cancer patients' information needs the first nine months after diagnosis. [42]	Matsuyama RK, Kuhn LA, Molisani A, Wilson-Genderson MC.	Identificar la información y necesidades de servicios especiales para los adultos jóvenes con cáncer.	Se realizó una encuesta de necesidades de atención y apoyo para pacientes adultos jóvenes (<35 años de edad) ambulatorios que llevaban 5 años de tratamiento en un hospital de adultos.
BRITISH JOURNAL OF NURSING 2016	Prostatectomy: information provision and education for patients. [37]	Simpson, P.	Relacionar la comunicación y la información antes del tratamiento y los resultados funcionales después de la prostatectomía.	Revisión de literatura relativa en la que se explora si los profesionales de la salud pueden preparar adecuadamente a los pacientes para la prostatectomía.

Tabla 4: Resultados relevantes de los artículos seleccionados				
Publicación	**Título**	**Autores**	**Objetivos**	**Metodología**
EUROPEAN JOURNAL OF ONCOLOGY NURSING 2014	Communicating good care: A qualitative study of what people with urological cancer value in interactions with health care providers. [36]	Skea ZC, Maclennan SJ, Entwistle VA, N'dow J.	Explorar las experiencias de pacientes con cáncer urológico, en cuanto a la atención recibida, sus conocimientos y lo que parecían valorar más en sus interacciones con los proveedores de cuidado de la salud y el por qué.	Se llevaron a cabo entrevistas a 20 hombres y 6 mujeres con diferentes tipos de cáncer urológico en diferentes momentos desde el diagnóstico. Las entrevistas se grabaron, transcribieron y analizaron temáticamente utilizando un enfoque interpretativo establecido.
PATIENT EDUCATION AND COUNSELING 2013	Satisfaction with information provided to Danish cancer patients: Validation and survey results. [35]	Ross L, Petersen MA, Johnsen AT, Lundstrøm LH, Groenvold M.	Validar cinco elementos del CPWQ (The Cancer Patient's World Questionnaire) con respecto a la satisfacción con la información proporcionada acerca del cáncer a pacientes por el personal de atención de salud, evaluar la prevalencia de insatisfacción con esta información e identificar los factores que predicen dicha insatisfacción.	El cuestionario utilizado fue validado mediante acuerdo paciente-observador y entrevistas cognitivas. La prevalencia de insatisfacción se evaluó en una muestra transversal de todos los pacientes con cáncer en contacto con hospitales durante el año 2012 en tres condados daneses.

Tabla 4: Resultados relevantes de los artículos seleccionados				
Publicación	**Título**	**Autores**	**Objetivos**	**Metodología**
PSYCHO-ONCOLOGY 2013	Patient, Companion, and Oncologist Agreement Regarding Information Discussed during Triadic Oncology Clinical Interactions. [41]	Eggly S, Penner LA, Hagiwara N, Gonzalez R, Harper FWK, Heath EI, et al.	Examinar si los pacientes y sus acompañantes difieren con los oncólogos acerca de lo que se discute en la consulta.	Los pacientes, sus acompañantes y oncólogos completaron de forma independiente cuestionarios inmediatamente después de las visitas para saber lo que creían que se había discutido o mencionado durante estas.
EUROPEAN JOURNAL OF CANCER CARE 2011	Patient preferences for the delivery of bad news – the experience of a UK Cancer Centre. [38]	Brown VA, Parker PA, Furber L, Thomas AL.	Evaluar cómo los pacientes prefieren recibir su diagnóstico en un centro oncológico del Reino Unido.	244 pacientes completaron el Measure of Patients' Preferences Questionnaire, escribieron comentarios sobre su propia experiencia recibiendo malas noticias en la consulta y manifestaron cuál sería su papel preferido en la toma de decisiones.
PSYCHO-ONCOLOGY 2014	E-loyalty towards a cancer information website: applying a theoretical framework. [40]	Crutzen R, Beekers N, Van Eenbergen M, Becker M, Jongen L, Van Osch L.	Proporcionar una visión más clara sobre la percepción de los usuarios relacionada con la "e-lealtad" hacia una información sobre el cáncer en un sitio web.	63 pacientes con cáncer y 202 cuidadores no profesionales rellenaron un cuestionario de evaluación, de una página web, basado en un marco teórico derivado de la esfera del comercio electrónico.

Tabla 4: Resultados relevantes de los artículos seleccionados				
Publicación	**Título**	**Autores**	**Objetivos**	**Metodología**
PSYCHO-ONCOLOGY 2011	Adjustment to cancer and the information needs of people with lung cancer. [39]	Mulcare H, Schofield P, Kashima Y, Milgrom J, Wirth A, Bishop M, et al.	Investigar la influencia de los diferentes estilos de adaptación al cáncer en las necesidades de información.	73 pacientes con cáncer de pulmón fueron reclutados en su primera visita con su radiólogo. Los participantes completaron el Cuestionario de Necesidades de información del paciente orientado a la enfermedad y a la acción, el Mini-Mental Ajustado a escala de cáncer, y un cuestionario especialmente diseñado para relacionar objetivos personales de cada paciente con el cáncer.
PSYCHO-ONCOLOGY 2016	Cancer-related internet information communication between oncologists and patients with breast cancer: a qualitative study. [44]	Shen MJ, Dyson RC, D'Agostino TA, Ostroff JS, Dickler MN, Heerdt AS, et al.	Analizar en profundidad cómo afecta a la comunicación médico-paciente la información que estos obtienen a través de Internet.	Se analizaron grabaciones de audio realizadas durante las visitas de los pacientes con cáncer de mama y sus oncólogos en las se discutía acerca de la información de Internet. Se utilizó el análisis de texto temático inductivo para identificar los temas cualitativos de estas conversaciones.

Tabla 4: Resultados relevantes de los artículos seleccionados				
Publicación	**Título**	**Autores**	**Objetivos**	**Metodología**
REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA 2013	Actitudes de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama frente a la toma de decisiones compartida. [30]	Martín-Fernández R, Abt-Sacks A, Perestelo-Perez L, Serrano-Aguilar P.	Identificar y caracterizar los elementos que influyen en la toma de decisiones terapéuticas de las pacientes.	Metodología cualitativa de tipo fenomenológico. Muestreo de 70 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. 45 entrevistas y 3 grupos focales en 15 Comunidades Autónomas españolas.
PARANINFO DIGITAL 2011	¿Cómo perciben los pacientes con cáncer la importancia de compartir el control de las decisiones en las intervenciones de sus problemas de salud? [31]	Castillo Montes, F. Javier.	Comprender la importancia que tiene para los pacientes con cáncer compartir con los profesionales sanitarios el control de las decisiones en las intervenciones de sus problemas de salud.	Estudio cualitativo descriptivo basado en el enfoque fenomenológico de Giorgi. Se realizaron entrevistas a pacientes con preguntas abiertas cuyo tema principal fue la importancia de ser tratados con respeto, tener la oportunidad de participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento y la atención como un aspecto de un cuidado sanitario correcto.

Tabla 4: Resultados relevantes de los artículos seleccionados				
Publicación	**Título**	**Autores**	**Objetivos**	**Metodología**
NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH 2012	Toward a greater understanding of breast cancer patients' decisions to discuss cancer related internet information with their doctors: An exploratory study. [45]	D'Agostino TA, Ostroff JS, Heerdt A, Dickler M, Li Y, Bylund CL.	Investigar las diferencias entre los pacientes con cáncer de mama que discuten o no discuten con sus médicos la información obtenida a través de Internet.	70 pacientes con cáncer de mama completaron cuestionarios sobre el uso de Internet, la relación médico-paciente y el nivel de ansiedad.
JOURNAL OF CLINICAL NURSING 2011	A critical review of the evidence for nurses as information providers to cancer patients. [34]	Koutsopoulou S, Papathanassoglou EDE, Katapodi MC, Patiraki EI.	Revisar la evidencia sobre el papel de las enfermeras oncológicas en el suministro de información a los pacientes con cáncer. Establecer las implicaciones basadas en la evidencia para la práctica clínica y la investigación.	Revisión de la literatura descriptiva de enero de 1990 al 2008 en Medline, CINAHL, PubMed, Cochrane y CancerLit.

Tabla 4: Resultados relevantes de los artículos seleccionados				
Publicación	**Título**	**Autores**	**Objetivos**	**Metodología**
ENFERMERÍA INTEGRAL 2013	¿Son más propensos a incrementar su ansiedad los enfermos de cáncer de colo que tienen un mayor conocimiento sobre su enfermedad? [32]	Dolado Momblona MS, Blanquer Espert I, Esclápez Valero P.	Valorar si el hecho de disponer de información comprensible sobre la enfermedad por el paciente que sufre un cáncer de colon afecta a su nivel de ansiedad.	Estudio transversal que utiliza un cuestionario para evaluar a 35 pacientes tratados en el Hospital General Universitario de Valencia.
REVISTA DE ENFERMERÍA DE MINAS GERAIS 2010	Comunicación de noticias: miedos de los que las transmiten y alteraciones de los que las reciben. [33]	Lopes C dos R, Graveto JMG do N.	Definir no sólo la información que debe ser proporcionada por los profesionales de salud sino también sus miedos, modos de comunicar las malas noticias y el impacto que tiene en la vida de los que la reciben.	Revisión científica de literatura de investigación.
PATIENT EDUCATION AND COUNSELING 2012	Factors influencing treatment decision making and information preferences of prostate cancer patients on active surveillance. [46]	Davison BJ, Breckon E.	Evaluar las preferencias de la información y la toma de decisiones de los pacientes con cáncer de próstata en vigilancia activa y los factores que influyen en su decisión.	Muestra transversal con una encuesta a 180 pacientes en vigilancia activa.

Tabla 4: Resultados relevantes de los artículos seleccionados				
Publicación	**Título**	**Autores**	**Objetivos**	**Metodología**
PSICOONCO-LOGÍA 2012	Conspiración de silencio y malestar emocional en pacientes diagnosticados de glioblastoma multiforme. [47]	Díaz Cordobés JL, Barcia Albacar JA, Gallego Sánchez JM, Barreto Martín P.	Identificar la incidencia de conspiración de silencio familiar y su repercusión en los niveles de ansiedad y depresión del paciente diagnosticado de glioblastoma multiforme (GBM).	Los niveles de ansiedad y depresión fueron recogidos en cinco momentos del proceso de enfermedad: ingreso, después de la comunicación del diagnóstico, en el alta hospitalaria, un mes después del alta y seis meses después del alta. Las necesidades de información fueron recogidas en el momento del ingreso.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De acuerdo a la literatura revisada, se procede a su análisis. Para facilitar la lectura se ha estructurado en los siguientes apartados:

Influencia de la capacidad de comunicación de los profesionales sanitarios en el estado emocional de los pacientes diagnosticados de cáncer

Según Simpson, P. y Dos Reis Lopes, C. et al., todos los profesionales de la salud involucrados en la atención a pacientes diagnosticados de cáncer deben ser entrenados en habilidades de comunicación avanzada para saber reconocer y responder a situaciones difíciles y superar las dificultades que conlleva la comunicación de malas noticias, ayudando al paciente y su familia de la mejor manera posible en la lucha contra su enfermedad. [33,37]

En esta línea, el Plan de Cáncer del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido resalta la necesidad de una buena comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes. [38] Según afirma Brown, V.A. et al., está comprobado que las enfermeras son eficaces como proveedoras de información a los pacientes con cáncer. Koutsioiulou S. et al, en concreto, afirman que las enfermeras que trabajan en servicios de oncología son capaces de proporcionar información de alta calidad y en la cantidad apropiada al paciente teniendo en cuenta siempre sus preferencias de información y respetando su participación en la toma de decisiones acerca de su tratamiento para facilitar así su bienestar emocional. [34,38]

En el estudio realizado por Skea, Z.C. et al., varios pacientes comentaron positivamente situaciones en las cuales sintieron que el personal de salud interactuó con ellos "como persona" digna de atención y no simplemente como "un número o un diagnóstico". Por el contrario, la percepción de falta de atención y de apoyo parecía causar decepción y frustración. Los pacientes también valoraron positivamente la disculpa del personal al reconocer errores producidos durante la atención sanitaria. Para algunos, una disculpa y una indicación de que “se había aprendido la lección” les ayudó a crear una mayor percepción de seguridad y de cuidado hacia ellos. [36]

Durante las entrevistas cognitivas llevadas a cabo en el estudio de Lone Ross, M. et al., se generó una hipótesis interesante, que puede estar en línea del "culpar al mensajero" metafóricamente hablando. Los pacientes manifestaron que, aunque la comunicación y la información sean conceptos diferentes, ellos pueden percibirlas como uno mismo, así que aunque la comunicación sea la adecuada, si el contenido de la información es negativo, el nivel de satisfacción del paciente será menor. [35]

En contraposición, Dos Reis Lopes, C. et al., declaran que la comunicación de malas noticias sigue siendo una de las tareas más desagradables y más complejas en el contexto de las relaciones interpersonales, ya que son situaciones que generan inquietud tanto en la persona que las transmite como en la que las recibe. La comunicación de este tipo de noticias se considera una tarea difícil para todos los profesionales de la salud no solo por el temor a enfrentarse a las reacciones del paciente o de la familia sino también a la dificultad que conlleva saber manejar la situación. [33]

En los hallazgos de Mulcare, H. et al., se indica la premisa de que la información necesita formación y que las necesidades de los pacientes están influenciadas por su propia adaptación al cáncer y sus objetivos personales. Un punto de partida útil para el desarrollo de una comunicación terapéutica es formar a los profesionales para hacer formulaciones explícitas acerca del estado psicológico de los pacientes, los objetivos que estos persiguen y la necesidad de información de cada uno de ellos. [39]

Relación entre la cantidad y la calidad de la información que recibe el paciente en el momento del diagnóstico y su posterior bienestar emocional y/o afrontamiento de la enfermedad

La persona que sufre un proceso de pérdida o enfermedad como el cáncer, debe tener la oportunidad de decidir cómo vivir esta situación. Crutzen, R. et al., defienden que esta libertad de elección sólo es posible si dispone de la información adecuada y si sus necesidades psicológicas, emocionales y existenciales han sido atendidas por los profesionales y por su entorno familiar, desde el respeto de su propio biorritmo. Dicha información puede tener una serie de efectos positivos, como la reducción la ansiedad, la obtención de un sentido de control sobre la enfermedad e incluso una mejoría en la salud y en la calidad de vida de las personas. [40]

Según afirman Martín R. et al., en su estudio, la cantidad y la calidad de la información que los profesionales sanitarios ofrecen a los pacientes es un factor que puede incrementar su nivel de afrontamiento. [30] Mulcare, H. et al., Davison, BJ., et al., y Castillo, F., añaden que si bien las necesidades de información son generalmente altas, recientemente se ha identificado que la necesidad del individuo de obtener información varía con el tiempo, que los diferentes grupos de pacientes tienen diferentes necesidades de información, que algunos pacientes prefieren evitarla completamente delegando la toma de decisiones al personal de salud y que la necesidad de obtener información masiva se relaciona con un mayor nivel de ansiedad. [31,39,46]

Aunque la mayoría de los pacientes oncológicos prefieren el suministro de información por parte de su proveedor de cuidados de la salud, a menudo señalan Internet como una fuente importante de información. [32,40] No obstante, los pacientes de los estudios de D'Agostino, T. et al., y Johnson, M. et al. indicaron que sólo utilizan reputadas páginas web para una explicación más detallada de la información y dudas que quedan después de la consulta, investigaciones anteriores demostraron que, en contra de las expectativas, el uso de internet aumenta la búsqueda y necesidad de atención sanitaria y las visitas al centro de salud ya que muchas veces provoca inseguridad en el paciente, que no duda en acudir al médico en busca de su experiencia y conocimientos, creando así un ciclo de ansiedad recurrente. [44,45]

Matsuyama, R. et al., comentan que en el momento del diagnóstico, las necesidades de información pueden ser altas debido a que muchos pacientes no tienen experiencia con el cáncer y necesitan mucha información para ser capaces de comprender y hacer frente a su enfermedad.[42] Brown, V. et al., añaden que los pacientes no solo desean una discusión sobre el pronóstico, sino también que se les proporcione esperanza en cada consulta. El principal desafío para el equipo de oncología es cómo proporcionar dicha esperanza sin apoyar las expectativas poco realistas de los pacientes. [38]

Eggly, S. et al., en su estudio, añaden que aunque las necesidades de información sean altas, si se proporciona mucha información en el momento del diagnóstico, gran parte de esta quedara sin comprender, debido a la abolición del pensamiento del paciente y sus acompañantes ante el shock de las malas noticias. [41] Una vez más, Dolado, M. et al., afirman que la información no debe omitirse, pero si dosificarse adaptándose a las

necesidades y comprensión del paciente, teniendo en cuenta que los acompañantes también son un elemento clave de refuerzo de dicha información y que los pacientes que no han sido informados adecuadamente sufrirán un mayor nivel de ansiedad y estrés. [32]

Percepción de la necesidad de comunicación terapéutica por parte de los pacientes con los profesionales sanitarios

Una parte de la literatura revisada pone de manifiesto que una buena comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes puede mejorar la satisfacción de estos últimos reduciendo su nivel de ansiedad y aumentando su sensación de control sobre su enfermedad. [35,41,44,45]

Lone, M. et al., explican que los profesionales de la salud son la fuente de información más importante y el suministro de dicha información es uno de los aspectos de la atención médica en el que los pacientes creen que más se puede mejorar. [35] En esta línea, el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) puso de relieve recientemente la necesidad de futuras investigaciones para indagar cómo la búsqueda de información en internet por parte de los pacientes afecta a la comunicación clínica. [44]

Según las investigaciones de Matsuyama, R. et al., y Dolado, M. et al., los pacientes desean obtener más información a pesar de que los médicos no siempre tengan en cuenta su opinión. [32,42] En este contexto, los resultados de un estudio llevado a cabo con adultos jóvenes que habían sido tratados durante más de 5 años por un servicio de oncología, describieron que más del 80% de los pacientes califican los siguientes elementos de información como los de más relevancia: información específica sobre la malignidad (el tratamiento y el riesgo de recurrencia), efectos del tratamiento sobre la fertilidad, la información sobre el mantenimiento de una dieta saludable y el ejercicio/aptitud física durante el tratamiento del cáncer. [43] Así mismo, en los estudios llevados a cabo por Matsuyama, R. et al., Dolado, M. et al. y Castillo, F., los factores que se asociaron significativamente con una mayor necesidad de información a través del tiempo fueron el género (femenino), la edad (menores), la raza (afroamericana) y el estado civil (casado). También se señala que los pacientes de clases sociales más bajas tienden a recibir un estilo de consultoría menos participativo. El tipo de cáncer y la etapa no se asociaron significativamente con una mayor necesidad de información. [31,32,42]

Los resultados de Skea, Z. et al., sugieren que para mejorar la atención de salud, la comunicación y promover la colaboración efectiva entre las dos partes (pacientes y profesionales sanitarios), éstos últimos no solo deben centrarse en la provisión de información sobre la enfermedad y su tratamiento sino también en aspectos más amplios, de manera que durante la interacción y su implicación en el proceso hagan que las personas se sientan cuidadas y respetadas, respondiendo apropiadamente ante cada paciente como un ser individual que merece ser tratado con total respeto y dignidad para ayudarle a tomar las decisiones más apropiadas respecto a su salud. [36]

Autonomía del paciente en la toma de decisiones y su autocuidado al proporcionarle o privarle de información acerca de su enfermedad

Los pacientes tienen derecho a conocer la verdad, quieren estar informados, consultar las opiniones médicas y ser capaces de discutir el tratamiento de su enfermedad. [33] En cuanto a las preferencias de información que desean obtener, Davison, BJ. et al., comentan que se encuentran las opciones de tratamiento, la dieta a seguir y otras terapias alternativas que también puedan utilizar para combatir su enfermedad. [43] Brown, V. et al., Castillo, F. y Dos Reis Lopes, C. et al., añaden que el profesional debe proporcionar esta información para favorecer la autonomía del paciente, que aunque desea que su opinión sea considerada seriamente, al final delegará las decisiones más importantes al criterio médico. [31,33,38]

Según Díaz, J. et al., un factor que incide directamente en el malestar emocional del paciente es la denominada "conspiración del silencio". La familia no consigue disminuir el sufrimiento asociado al proceso de comunicación como se pretendía con la ocultación de la información, sino todo lo contrario. Asimismo, después del diagnóstico, los niveles de depresión son significativamente mayores en los pacientes que sufren la conspiración de silencio por parte de su familia que en los que existe una comunicación abierta. [47]

En el estudio realizado por Díaz, J. et al., con pacientes oncológicos, el 19,3 % de las familias consideró que no sería conveniente comunicar al paciente lo que le ocurría a pesar de que éste quería conocer aspectos relacionados con su enfermedad. [47] La razón más importante para ocultarle la gravedad de la situación es el miedo a las repercusiones

negativas que puedan derivarse de la revelación de la verdad: depresión, pérdida de interés por la vida, locura, empeoramiento del estado físico y sufrimiento innecesario. Sin embargo, tanto la experiencia clínica como los datos disponibles indican que entre un 80 y 90% de los pacientes que van a morir saben que van a morir y que a un 70% de los mismos les gustaría poder hablar de ello con sus seres queridos. [46]

Del mismo modo Martín, R. et al., y Davison, BJ. et al., destacan que es importante avanzar hacia un modelo de toma de decisiones compartida en el que se proporcione a los pacientes información comprensible sobre su enfermedad y las diferentes opciones de diagnóstico y tratamiento con sus correspondientes riesgos y beneficios para fomentar una mayor implicación en la toma de decisiones. [30,46]

Como comentan D'Agostino, T. et al. en su trabajo, se debe tener en cuenta que los pacientes pueden adoptar un papel activo o pasivo en la toma de decisiones dependiendo de la edad, la información disponible, su autovaloración como agente capaz de decidir y la importancia relativa al aspecto estético. [45] Davison, BJ. et al., encontraron, en los resultados de su estudio, que el 35% de los pacientes asumieron un papel activo en la toma de decisiones en cuanto al tratamiento, un 38% asumieron un papel de colaboración y un 27% un papel pasivo. [46] A medida que avanza la enfermedad se puede producir un cambio en la posición de éstos, desde una postura inicial pasiva a una posición más activa. La actitud de los profesionales sanitarios frente a la toma de decisiones compartida y la información que ofrecen influirá en la participación de los pacientes. [30,45]

Siguiendo las voluntades de los pacientes, Castillo, F. añade que los profesionales sanitarios deben practicar una atención centrada en el paciente con respeto, dando información veraz y honesta e invitándoles a participar en todas las decisiones de su cuidado y vida diaria. [31]

También resalta que algunos pacientes expresan que se sienten más cerca de las enfermeras que de los médicos y consideran a las enfermeras como sus aliadas. [31] Simpson, P. amplía la afirmación anterior destacando que la cuestión importante es que la información, el apoyo y la ayuda estén disponibles para que el paciente pueda elegir libremente el tratamiento que desea, en una información correcta basada en evidencia científica que aumente su autonomía. [37]

Asimismo, la familia ocupa un lugar esencial en nuestra sociedad y es un factor importante que actúa como apoyo y protección de la persona en cualquier situación de la vida.[33] Según D'Agostino T., et al., y Susan, L. et al., muchos pacientes van con algún acompañante cuando acuden a la visita, sobre todo si son mayores, están más enfermos y/o menos educados. Sus investigaciones muestran que esta compañía es beneficiosa ya que proporciona apoyo social y emocional a los pacientes y facilita algunos aspectos del intercambio de información entre los pacientes y los médicos tales como hacer preguntas y proporcionar datos relevantes sobre el estado del paciente que muchas veces llega a la consulta preparado para discutir con el médico las diferentes alternativas en cuanto al tratamiento, las estadísticas y otra información que ha obtenido en internet. [41,45] Por último, no se debe olvidar que la familia también sufre con la mala noticia por lo que los profesionales sanitarios deben estar atentos para ofrecerles el apoyo que también necesitan. [33]

El deseo de proteger a los pacientes de la realidad de su situación por lo general crea dificultades aún mayores para estos, sus familiares y amigos y miembros del equipo de salud. [38] Aunque la motivación que hay detrás de esta ocultación de información es a menudo bien intencionada, la conspiración del silencio por lo general deriva en un mayor estado de miedo, ansiedad y confusión en el paciente. [47] Susan, L. et al. advierten que la información ambigua o deliberadamente engañosa proporcionada al paciente y/o su familia puede aportar beneficios a corto plazo mientras las cosas continúen yendo bien, pero niega les niega la oportunidad de reorganizar y adaptar sus vidas hacia nuevos objetivos más alcanzables y aspiraciones realistas.[41]

CONCLUSIONES

Existe un claro vínculo entre la información que reciben los pacientes diagnosticados de cáncer y como afecta esta a su estado emocional. La enfermera oncológica debe estar entrenada para satisfacer de forma oportuna las necesidades de información que siempre serán individuales y cambiantes en cada etapa de la enfermedad.

A pesar de lo mencionado anteriormente, la comunicación de malas noticias sigue siendo una de las tareas más desagradables y todo un reto al que tienen que hacer frente los profesionales sanitarios ya que aunque la comunicación haya sido eficaz, si el

contenido de la información es negativo, desencadenará una respuesta emocional nociva que puede alterar la percepción de dicha comunicación.

El proporcionar la información adecuada a los pacientes en el momento del diagnóstico les da la oportunidad de decidir cómo afrontar su enfermedad reduciendo sus niveles de ansiedad, proporcionándoles una mayor sensación de autocontrol y mejorando su salud y su calidad de vida. Una necesidad de información insatisfecha puede hacer que el paciente recurra a fuentes de información externas como Internet. Esta búsqueda masiva de información hará aumentar el nivel de inseguridad del paciente que no dudará en acudir a los centros de salud en busca de atención sanitaria, creando así un ciclo de ansiedad recurrente.

Los profesionales de la salud siguen siendo la fuente de información más importante para los pacientes y la comunicación con estos es uno de los aspectos más importantes que los pacientes creen que se puede mejorar.

Los factores que se asociaron significativamente con una mayor necesidad de información a través del tiempo son: el género femenino, una menor edad y el estar casado. También se resalta que a los pacientes de clases sociales más bajas, se les proporciona un estilo de consultoría menos participativo, que la opinión sobre las necesidades de información y comunicación es diferente en pacientes, familiares y personal sanitario y que la repercusión sobre el malestar emocional de los enfermos se mantiene durante un largo periodo de tiempo.

Los pacientes tienen derecho a conocer la verdad, estar informados y poder consultar y discutir el tratamiento de su enfermedad con los profesionales sanitarios, por lo tanto es una obligación ineludible de éstos últimos proporcionar información veraz basada en la evidencia científica que fomente su autonomía. La ocultación de información al paciente provoca un aumento del sufrimiento y ansiedad en este, que la mayoría de las veces es consciente de la verdad y que lo que realmente le gustaría y necesitaría es poder hablar de esta situación abiertamente con sus seres queridos.

Es importante adoptar un modelo de toma de decisiones compartida en la que se proporcione información comprensible a los pacientes sobre su enfermedad con el fin de lograr una mayor implicación de éstos en su proceso de salud.

Por último, los profesionales de la salud deben avanzar hacia un modelo de atención centrado en el paciente, tratándolo con respeto e invitándolo a la participación en la toma de decisiones. Teniendo en cuenta que los pacientes consideran al personal de enfermería como los profesionales de salud más cercanos a ellos, todas las intervenciones de éstos deben ir dirigidas a mejorar la atención de salud, haciendo que las personas se sientan cuidadas y valoradas, considerando al ser humano como un ser biopsicosocial influido por muchos factores y teniendo en cuenta que todos estos tendrán un peso importante en la forma de afrontar el desafío emocional que supone el diagnóstico del cáncer.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Cancer. World Health Organization; [Consultado: 11/11/2015]; Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/
2. Memoria del Servicio de Epidemiología del Cáncer - memoria-area-2014.pdf [Internet]. [Consultado: 11/11/2015]. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-epidemiologia-ambiental-y-cancer/memoria-area-2014.pdf
3. Brunner LS, Suddarth DS, Smeltzer SC. Enfermería medicoquirúrgica. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams; 2013 [Consultado: 13/11/2015].
4. El Cáncer en España 2016 [Internet]. [Consultado: 13/11/2015]. Disponible en: http://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanyacom/105460-el-cancer-en-espana-2016
5. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. [Consultado: 16/11/2015]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf
6. Diccionario de términos médicos. Madrid: Médica Panamericana; 2012 [Consultado: 23/11/2015].
7. Cancer Basics | American Cancer Society [Internet]. [Consultado: 23/11/2015]. Disponible en: http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/index
8. Lara Jiménez PC, Lloret Sáez-Bravo M. Principios generales del cáncer. Madrid: Arán; 2012 [Consultado: 23/11/2015].

9. Diccionario Mosby pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud. Barcelona: Elsevier; 2010 [Consultado: 23/11/2015].
10. DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. Devita, Hellman, and Rosenberg's cancer: principles. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2015 [Consultado: 02/12/2015].
11. Stages of Cancer | Cancer.Net [Internet]. [Consultado: 02/12/2015]. Disponible en: http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/diagnosing-cancer/stages-cancer
12. Tipos comunes de cáncer - National Cancer Institute [Internet]. [Consultado: 02/12/2015]. Disponible en: http://www.cancer.gov/espanol/tipos/comunes
13. Williams LS, Hopper PD, León Jiménez RG. Enfermería medicoquirúrgica. México [etc.]: McGraw-Hill; 2009 [Consultado: 02/12/2015].
14. Kozier B, Erb G, Blais K. Conceptos y temas en la práctica de la enfermería. México D.F. [etc.] Interamericana McGraw-Hill; 1992 [Consultado: 02/12/2015].
15. Kübler-Ross E, Kessler D, Guiu S. Sobre el duelo y el dolor : cómo encontrar sentido al duelo a través de sus cinco etapas [Internet]. Barcelona : Luciérnaga; 2006 [Consultado: 17/12/2015].
16. Lara Jiménez PC, Lloret Sáez-Bravo M. Principios generales del cáncer. Madrid: Arán; 2012 [Consultado: 17/12/2015].
17. Núñez Herrejón JL, Ortiz Salinas ME. APA Diccionario conciso de psicologia. México, D.F: Manual Moderno; 2010 [Consultado: 17/12/2015].
18. Cordón García JA. Las nuevas fuentes de información : información y búsqueda documental en el contexto de la web 2.0. Madrid : Pirámide; 2012 [Consultado: 17/12/2015].
19. Marriner-Tomey A, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. Madrid [etc.]: Elsevier Science; 2007 [Consultado: 17/12/2015].
20. Medina Aguerrebere P, González Pacanowski A. Comunicación de la salud : una aproximación multidisciplinar. Madrid: Fragua; 2011 [Consultado: 17/12/2015].
21. Medina Aguerrebere P. Fuentes de información médica. Barcelona: UOC; 2012 [Consultado: 17/12/2015].
22. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Código Deontológico Del Cie Para La Profesión De Enfermería [Internet]. 2012. [Consultado: 17/12/2015]. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf

23. DLE: comunicación - Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario [Internet]. [Consultado: 17/12/2015]. Disponible en: http://dle.rae.es/?id=A58xn3c
24. Womble DM. Introducción a la enfermería de la salud mental. Barcelona [etc]: Wolters Kluwer; 2012 [Consultado: 17/12/2015].
25. Tazón Ansola MP, García-Campayo J, Aseguinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2009 [Consultado: 17/12/2015].
26. Shannon CE, Weaver W. Teoría matemática de la comunicación. Madrid: Forja; 1981 [Consultado: 19/12/2015].
27. Valverde Gefaell C. Comunicación terapéutica en enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2007 [Consultado: 19/12/2015].
28. Ruesch J, Steenks G. Comunicación terapéutica. Buenos Aires: Paidós; 1964 [Consultado: 19/12/2015].
29. Novel Martí G, Lluch Canut MT, Miguel López de Vergara MD, Jáuregui MC. Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona [etc.]: Masson; 2005 [Consultado: 19/12/2015].
30. Martín-Fernández R, Abt-Sacks A, Perestelo-Perez L, Serrano-Aguilar P. Actitudes de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama frente a la toma de decisiones compartida. Revista Española de Salud Pública [Internet]. MSSSI; [Consultado: 09/01/2016]; 87(1):59–72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
31. Castillo Montes, F. Javier. ¿Cómo perciben los pacientes con cáncer la importancia de compartir el control de las decisiones en las intervenciones de sus problemas de salud?. Revista Paraninfo Digital, 2011; 12. [Consultado: 09/01/2016] Disponible en: http://www.index-f.com/para/n11-12/173d.php
32. Dolado Momblona MS, Blanquer Espert I, Esclápez Valero P. ¿Son más propensos a incrementar su ansiedad los enfermos de cáncer de colon que tienen un mayor conocimiento sobre su enfermedad? [Internet]. Enfermería integral: Colegio Oficial de Enfermería de Valencia; 2011 [Consultado: 09/01/2016]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3791917&info=resumen&idioma=SPA

33. Lopes C dos R, Graveto JMG do N. Comunicación de noticias: miedos de los que las trasmiten y alteraciones de los que las reciben. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2010 [Consultado: 09/01/2016]; 14(2):257–63. Disponible en: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=19543&indexSearch=ID
34. Koutsopoulou S, Papathanassoglou EDE, Katapodi MC, Patiraki EI. A critical review of the evidence for nurses as information providers to cancer patients. J Clin Nurs [Internet]. 2010 Mar [Consultado: 09/01/2016]; 19(5-6):749–65. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20500319
35. Ross L, Petersen MA, Johnsen AT, Lundstrøm LH, Groenvold M. Satisfaction with information provided to Danish cancer patients: validation and survey results. Patient Educ Couns [Internet]. 2013 Nov [Consultado: 09/01/2016]; 93(2):239–47. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23806817
36. Skea ZC, Maclennan SJ, Entwistle VA, N'dow J. Communicating good care: a qualitative study of what people with urological cancer value in interactions with health care providers. Eur J Oncol Nurs [Internet]. 2014 Feb [Consultado: 12/01/2016]; 18(1):35–40. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24172757
37. Simpson P. Prostatectomy: information provision and education for patients. Br J Nurs [Internet]. Jan [Consultado: 12/01/2016]; 24(9):S24–8. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25978470
38. Brown VA, Parker PA, Furber L, Thomas AL. Patient preferences for the delivery of bad news - the experience of a UK Cancer Centre. Eur J Cancer Care (Engl) [Internet]. 2011 Jan [Consultado: 12/01/2016]; 20(1):56–61. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20148936
39. Mulcare H, Schofield P, Kashima Y, Milgrom J, Wirth A, Bishop M, et al. Adjustment to cancer and the information needs of people with lung cancer. Psychooncology [Internet]. 2011 May [Consultado: 12/01/2016]; 20(5):488–96. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20878846
40. Crutzen R, Beekers N, van Eenbergen M, Becker M, Jongen L, van Osch L. E-loyalty towards a cancer information website: applying a theoretical framework.

Psychooncology [Internet]. 2014 Jun [Consultado: 12/01/2016]; 23(6):685–91. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24408565

41. Eggly S, Penner LA, Hagiwara N, Gonzalez R, Harper FWK, Heath EI, et al. Patient, companion, and oncologist agreement regarding information discussed during triadic oncology clinical interactions. Psychooncology [Internet]. 2013 Mar [Consultado: 12/01/2016]; 22(3):637–45. Disponible en: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3772532&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
42. Matsuyama RK, Kuhn LA, Molisani A, Wilson-Genderson MC. Cancer patients' information needs the first nine months after diagnosis. Patient Educ Couns [Internet]. 2013 Jan [Consultado: 12/01/2016]; 90(1):96–102. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23058682
43. Gupta AA, Edelstein K, Albert-Green A, D'Agostino N. Assessing information and service needs of young adults with cancer at a single institution: the importance of information on cancer diagnosis, fertility preservation, diet, and exercise. Support Care Cancer [Internet]. 2013 Sep [Consultado: 20/01/2016]; 21(9):2477–84. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23604520
44. Shen MJ, Dyson RC, D'Agostino TA, Ostroff JS, Dickler MN, Heerdt AS, et al. Cancer-related internet information communication between oncologists and patients with breast cancer: a qualitative study. Psychooncology [Internet]. 2015 Nov [Consultado: 20/01/2016]; 24(11):1439–47. Disponible en: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4517971&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
45. D'Agostino TA, Ostroff JS, Heerdt A, Dickler M, Li Y, Bylund CL. Toward a greater understanding of breast cancer patients' decisions to discuss cancer-related internet information with their doctors: an exploratory study. Patient Educ Couns [Internet]. 2012 Oct [Consultado: 20/01/2016]; 89(1):109–15. Disponible en: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3462296&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
46. Davison BJ, Breckon E. Factors influencing treatment decision making and information preferences of prostate cancer patients on active surveillance. Patient

Educ Couns [Internet]. 2012 Jun [Consultado: 20/01/2016]; 87(3):369–74. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22177658

47. Díaz Cordobés JL, Barcia Albacar JA, Gallego Sánchez JM, Barreto Martín P. Conspiración de silencio y malestar emocional en pacientes diagnósticados de glioblastoma multiforme. Psicooncología [Internet]. 2012 Jun 11 [Consultado: 20/01/2016]; 9(1):151–9. Disponible en: http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/39144

Normas de publicación

Actualización abril 2016

Metas de Enfermería publica trabajos de investigación cuantitativa, cualitativa y mixta, artículos de revisión, recopilación u opinión, casos clínicos y demás artículos referentes al campo profesional de la Enfermería que contribuyan al desarrollo de la misma en cualquiera de sus actividades. Dichos trabajos han de estar elaborados siguiendo las Recomendaciones Internacionales de Editores de Revistas Médicas (Normas de Vancouver), en su versión actualizada de diciembre de 2015 (http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf) y ajustarse a las instrucciones aquí expuestas. La falta de consideración de estas normas producirá un retraso en el proceso editorial y en la posible publicación del manuscrito, pudiendo ser también causa de rechazo. Todos los trabajos recibidos son valorados por el Comité Editorial, y si procede, pasan a un proceso de revisión por pares *(peer review)* con evaluadores externos.

Instrucciones generales para la presentación de manuscritos

El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de textos y Excel o PowerPoint cuando se trate de gráficos y tablas (no se aceptarán si están en formato imagen). Respecto al texto, la presentación será con interlineado de 1,5 en todas sus secciones, páginas numeradas en la parte inferior derecha, un cuerpo de letra de 12 (Times New Roman) o 10 (Arial), dejando los márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm. Si se envían imágenes digitales han de ser adjuntadas aparte y tener una resolución de 300 dpi, tamaño de 10 x 15 cm y formato jpg.

El texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un máximo de 3.000 palabras. Las tablas, cuadros y gráficos también se enviarán en un fichero aparte del texto, cuyo número no excederá de seis en conjunto, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto, según proceda. Deben estar en Word o programa similar de edición de textos. Se intentarán restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez.

La página del **título** deberá contener: el título del trabajo (en español y en inglés), el cual ha de ser breve e informativo (no deberá superar las 15 palabras); el nombre y dos apellidos de cada autor/a; solo se indicará el grado académico más alto que se posea, así como la filiación institucional, pero no la categoría profesional; se indicará también el nombre, la dirección postal y electrónica *(e-mail)* y el teléfono de contacto del autor/a responsable para posible correspondencia.

Todos los artículos tendrán que incluir un **resumen** (en español y en inglés) que no superará las 250 palabras en el caso de resúmenes estructurados y 150 en los no estructurados, y entre tres y diez palabras clave (en español y en inglés), las cuales han de estar normalizadas según el tesauro *Medical Subject Heading* (MeSH) o en su versión española (Descriptores en Ciencias de la Salud, DeCS), siempre que sea posible. Para resúmenes estructurados, ver el apartado "Estructura para los manuscritos de investigación". La **bibliografía** utilizada en la elaboración del manuscrito tendrá que aparecer acotada a lo largo del texto, de forma consecutiva, usando numeración arábiga, entre paréntesis, con el mismo tipo y tamaño de letra que la fuente utilizada para el texto. Deberá, asimismo, estar referenciada en su apartado correspondiente (Bibliografía), según las Normas de Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html en inglés o en español: http://www.enfermeria21.com/wp-content/uploads/Vancouver-2012.pdf

Asimismo, en todos los manuscritos ha de constar si han existido ayudas económicas e indicar el organismo, la agencia, la institución o la empresa que haya financiado el trabajo, así como el número de proyecto, convenio o contrato. En caso de no contar con financiación externa se hará constar como "Financiación: ninguna". Además, todos los trabajos que se envíen deben ir acompañados de una declaración de los posibles conflictos de intereses de cada una de las personas firmantes. Los conflictos de intereses pueden ser laborales, de investigación, económicos o morales. Los autores/as, al enviar el manuscrito, han de indicar por escrito si existe alguno de esos conflictos. De la misma manera, si no hay ningún conflicto de intereses deberá hacerse constar como "Conflicto de intereses: ninguno". La inclusión de esta información es requisito indispensable para que el manuscrito pueda ser considerado y entre en el proceso editorial. Cuando a criterio de los autores/as se considere pertinente la inclusión de un apartado de **Agradecimientos**, tendrán que aparecer en el mismo las personas que, sin reunir los requisitos de autoría, sí hayan facilitado la realización del trabajo. Una descripción más detallada de las cuestiones éticas y legales se encuentra disponible detrás, en el apartado de "Conformidad con los requisitos éticos y legales".

Tipos de artículos

Originales. Trabajos de investigación realizados con metodología cuantitativa, cualitativa o mixta relacionados con

cualquier campo de la Enfermería. Contendrá los siguientes apartados:

a) Resumen y palabras clave: la extensión del resumen no superará las 250 palabras, estará estructurado en: Objetivos del estudio, Método, Resultados más destacados y las principales Conclusiones. Las palabras clave se situarán debajo, debiendo identificarse de tres a diez términos que definan el contenido del trabajo para su inclusión en las bases de datos nacionales e internacionales.
b) Introducción: ha de contener los antecedentes y el estado actual del fenómeno de estudio (contextualización), así como los elementos de justificación y aplicabilidad, para terminar con la definición de los objetivos del estudio.
c) Método: se ha de especificar el diseño, la población y muestra, las variables estudiadas y cómo han sido medidas, el/los instrumento/s empleados, descripción detallada de cómo se ha procedido a realizar la recogida de datos, las estrategias para garantizar la fiabilidad y la validez de los mismos, así como el plan de análisis, concretando el tratamiento estadístico. Se especificarán, asimismo, los aspectos éticos vinculados a los diferentes diseños (Ver Conformidad con los requisitos éticos y legales).
d) Resultados: iniciar con una descripción de los sujetos estudiados y posteriormente presentar la información pertinente a los objetivos del estudio. Las tablas, cuadros, gráficos e imágenes han de ser claras y relevantes, estando acotadas en el texto por orden de aparición. No repetir en el texto los datos expuestos en las tablas o gráficos y reseñar o resumir solo las observaciones más destacables sin discutir ni interpretar los datos.
e) Discusión y conclusiones: sin repetir los datos expuestos en el apartado anterior, se discutirán los resultados comparándolos con otros trabajos previos similares y relevantes, comentando las diferencias y las similitudes. Se señalarán las fortalezas y las limitaciones del estudio, la posible generalización de los hallazgos y las líneas de investigación que se pudieran abrir, así como las recomendaciones para la práctica clínica. Las conclusiones han de verificar si se ha respondido o no al objetivo/s planteado/s.
f) Bibliografía: el contenido de este apartado se ajustará a lo indicado con anterioridad en las Normas Generales para la Presentación de Artículos. Se recomienda un máximo de 35 referencias bibliográficas.

Revisiones. Estudios bibliométricos, revisiones narrativas, integrativas, sistemáticas, metaanálisis y metasíntesis sobre temas relevantes y de actualidad en Enfermería, siguiendo la misma estructura y normas que los trabajos originales. Se recomienda un máximo de 80 referencias bibliográficas.

Práctica clínica. Incluye trabajos que aborden la puesta en marcha de actividades, protocolos, programas, casos clínicos, reflexiones clínicas en torno a un tema, etc. El esquema a utilizar seguirá un orden lógico que facilite la comprensión. En líneas generales el manuscrito deberá estructurarse al menos en los siguientes apartados: Introducción que contemple en su párrafo final el propósito/objetivo/s del trabajo; uno o varios epígrafes que den respuesta a dicho/s propósito/s; conclusiones o consideraciones finales. Los casos clínicos deben constar de: Introducción; Presentación del caso; Valoración enfermera (completa); Descripción del plan de cuidados (conteniendo los posibles diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración, objetivos e intervenciones enfermeras); Evaluación del plan de cuidados y Conclusiones.

Especiales. Esta sección pretender abordar temas de actualidad enfermera. Este tipo de manuscritos se realizarán por encargo del Comité Editorial, aunque también pueden publicarse previa solicitud de los/las autores/as interesados/as y tras la valoración por el Comité Editorial. Tanto si se trata de una contribución por encargo como por iniciativa de los/las autores/as, los artículos serán enviados a revisión externa. En este tipo de artículos se espera de los/las autores/as que adopten posicionamientos empíricamente argumentados a favor o en contra de un tema de actualidad y de interés para los/las lectores/as de *Metas de Enfermería.*

Editoriales. *Metas de Enfermería* publica editoriales por encargo del Comité Editorial y también puede publicar editoriales previa solicitud de los/las autores/as interesados/as y valoración por el Comité Editorial. Los editoriales suelen encargarse sobre temas de actualidad enfermera o de relevancia científica y no expresan la postura oficial del Comité Editorial de *Metas de Enfermería* a no ser que se indique expresamente en el propio editorial. Todos los editoriales tratarán de ser imparciales y versar sobre temas novedosos, polémicos o de los que haya muy poca literatura, y deberán reflejar las diferentes posturas existentes. Tendrán una extensión máxima de 750 palabras incluidas las referencias bibliográficas (no se recomiendan más de 4 referencias). No se incluirá resumen.

Series. Se destinarán a aquellos temas de interés, actualidad y con gran componente práctico. Serán por encargo del Comité Editorial. Cada serie estará compuesta por varios artículos, entre 8 y 10, los cuales tendrán la misma estructura a lo largo de la serie.

Relatos. Artículos breves sobre experiencias personales o cercanas relacionadas con la práctica enfermera y que se consideren relevantes para ser compartidas y reflexionar sobre ellas. Máximo de 700 palabras y no incluye resumen.

Cartas a la Directora. De manera prioritaria, deberán incluir observaciones científicas y de opinión sobre artículos publicados en fechas recientes en la revista, aunque también podrán versar sobre cualquier otro tema de relevancia

y actualidad enfermera. La firma y filiación del autor/a aparecerán al principio de la carta y su extensión máxima no excederá de 750 palabras incluidas las referencias bibliográficas (no se recomiendan más de 4).

Conformidad con los requisitos éticos y legales

Para garantizar la protección de personas y animales, en los estudios que se hayan realizado con personas, en el apartado de Método se deberá mencionar que estas han dado su consentimiento informado y que se ha respetado su anonimato y la confidencialidad de los datos, así como que se han realizado conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/). En caso de experimentos con animales se deberá constatar la conformidad de su realización con los procedimientos descritos por las autoridades competentes. En ambos supuestos se indicará también si los estudios han sido aprobados por un Comité de Ética en Investigación.

Los/las autores/as deben informar acerca de envíos o publicaciones previas del mismo trabajo, en su totalidad o parcialmente, que puedan considerarse publicación redundante o duplicada. Es necesario citar e incluir la referencia bibliográfica de estas publicaciones previas en el nuevo manuscrito. No se considerará publicación redundante si el trabajo ha sido presentado previamente en un congreso.

Los juicios y opiniones expresadas en los artículos serán del autor/res/ras y tanto la Dirección de la revista, los miembros de los Comités y la empresa editora declinan cualquier responsabilidad sobre dicho material. El autor/res/ras es responsable de obtener los permisos oportunos para reproducir, si fuere el caso, cualquier material ya publicado o sujeto a derechos de autor/a. El Comité Editorial de *Metas de Enfermería* y DAE (Difusión Avances de Enfermería) declinan cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen y no garantizan las afirmaciones de ningún producto que se anuncie en la revista, siendo responsabilidad exclusiva del fabricante o productor/a del servicio.

El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todos los autores en la que declaren que son ciertas las afirmaciones que se indican en el siguiente listado:

- El manuscrito se ajusta a las Normas de Publicación de la revista *Metas de Enfermería*.
- Los autores declaran tener o no tener ningún conflicto de intereses y lo expresan debidamente.
- Todos los autores han participado en la redacción del manuscrito y aprueban la versión final del mismo que se adjunta a esta declaración, así como el envío para su evaluación y posible publicación en *Metas de Enfermería*.
- En el caso de contener un apartado de Agradecimientos, las personas que se citan han dado su aprobación para ello.
- Se han obtenido los permisos necesarios, en su caso, para reproducir textos, tablas, figuras o fotografías de otras publicaciones, así como fotografías originales de personas.
- El manuscrito no ha sido publicado en ninguna otra revista ni enviado al mismo tiempo a otras revistas.
- Si el trabajo ha sido presentado en algún evento científico, se ha hecho constar expresamente en el manuscrito.
- Se cede a *Metas de Enfermería* y a DAE la propiedad intelectual del trabajo, así como el derecho a la reproducción de datos o ilustraciones en otras publicaciones de la editorial.

La ausencia de conformidad expresa de estos requisitos, o la comprobación por parte del Comité Editorial de su no veracidad, podrá ser motivo de rechazo del manuscrito.

Envío de manuscritos

El manuscrito será enviado a través del Gestor Digital de Artículos (GDA) de la Editorial DAE, al que se accede en la siguiente dirección: http://www.enfermeria21.com/metas/pagina/gda/. Junto al manuscrito ha de remitirse la carta descrita en el apartado anterior de estas normas (para cualquier duda o aclaración escribir al *e-mail*: articulosmetas@enfermeria21.com). *Metas de Enfermería* acusará recibo de todos los manuscritos que le sean remitidos, asignando un número de registro a cada uno para cualquier consulta o información referente al trabajo.

Una vez acusado recibo de su recepción se inicia el proceso editorial, que puede ser seguido por los autores a través de la plataforma mencionada anteriormente.

Los manuscritos se separarán en los siguientes archivos, que se incluirán en el GDA en el siguiente orden:

- Archivo 1: carta de presentación del manuscrito.
- Archivo 2: incluirá, en el orden que aquí se cita, la siguiente información: a) título del trabajo (en castellano y en inglés); b) nombre y dos apellidos de cada uno de los autores; c) filiación institucional (nombre completo del centro de trabajo y dirección completa); d) nombre, dirección postal y de correo electrónico, y teléfono del autor/a responsable para la correspondencia; e) financiación; f) conflictos de intereses; y g) agradecimientos, si procede. Al final de esta primera página se incluirán los recuentos de palabras del resumen (en español y en inglés) y del cuerpo del manuscrito sin incluir bibliografía, tablas, gráficos o anexos.
- Archivo 3: manuscrito sin información de autores/as.
- Archivo 4: cuadros, gráficos y tablas (no pueden ser ficheros de imágenes).
- Archivo 5: fotos e imágenes (un archivo para cada una).

Proceso editorial

El Comité Editorial de *Metas de Enfermería* realiza una evaluación preliminar de los trabajos recibidos. Los manuscritos que superan esta selección inicial son sometidos a una evaluación por pares *(peer review)* por evaluadores/as externos/as miembros del Comité Científico, generalmente un mínimo de dos, todos ellos miembros del Comité Científico. En caso de solicitarse una nueva versión modificada del manuscrito, los autores/as deben remitir, en el plazo que el Comité Editorial establezca, dicha versión con los cambios solicitados destacados en negrita o con un color de fuente distinto al utilizado para el resto del documento.

Además, deberán enviar una carta en la cual los autores/as respondan a los comentarios recibidos por parte del Comité Editorial, exponiéndose de forma detallada las modificaciones efectuadas y, en el caso de no incluir alguna de ellas, los motivos por los que no se han realizado. El envío del artículo modificado no significa su aceptación, pudiendo además enviarse de nuevo a revisión externa. La decisión final sobre la aceptación o no de un manuscrito es resultado de un proceso de evaluación en el que contribuyen los diversos miembros de los Comités Editorial y Científico, así como la calidad y la capacidad de respuesta de los/las autores/as a las sugerencias recibidas. De cualquier modo, si los autores/as rehúsan llevar a cabo las modificaciones solicitadas, el Comité Editorial tiene la potestad de desestimar la publicación del artículo.

El proceso de revisión que se sigue en *Metas de Enfermería* es doble ciego. Los autores/as no conocen la identidad de los evaluadores/as externos/as, quienes a su vez no conocen la identidad de los autores/as. No obstante, el Comité Editorial no pone ninguna objeción a aquellos evaluadores/as que quieran firmar sus comentarios.

Tras la aceptación definitiva del manuscrito, *Metas de Enfermería* se reserva el derecho a realizar cambios editoriales de estilo o introducir modificaciones para facilitar su claridad o comprensión, incluyendo la modificación del título y del resumen, sin que de ello se deriven cambios en su contenido intelectual. Los manuscritos que sean aceptados para su publicación en la revista quedarán en poder permanente de *Metas de Enfermería* y no podrán ser reproducidos total ni parcialmente sin su permiso.

El envío de un manuscrito a la revista implica la aceptación de las presentes normas de publicación y de la decisión final acerca de la aceptación o rechazo para su publicación. A cada autor/a se le enviará un certificado de autoría y dos ejemplares de la revista donde haya sido publicado su artículo.

Cómo influye la información en el estado emocional de los pacientes diagnosticados de cáncer

How does information influences emotional condition of patients diagnosed of cancer

Faisury Caicedo Gordillo. Estudiante de Enfermería. f.caicedogordillo@gmail.com.
Universidad Rovira i Virgili. Avenida Remolinos nº 13-15.

Rafel Guarch Martí. Estudiante de Enfermería. rafelguarch@hotmail.com

Universidad Rovira i Virgili. Avenida Remolinos nº 13-15.

Resumen/Abstract: 298 palabras.

Manuscrito y bibliografía: 2682 palabras.

Resumen:

En los últimos años ha ganado especial protagonismo el concepto holístico de la persona cuyas bases se fundamentan en considerarla como un ser biopsicosocial, único e individual. Cuando se presenta un problema de salud de la envergadura del cáncer, como profesionales sanitarios, debemos afrontar el reto que supone identificar las necesidades del paciente. Es entonces cuando nos enfrentamos al dilema de "la información" que debemos proporcionar. Por un lado la ley nos obliga a decirle toda la verdad al paciente pero por otro lado debemos valorar el impacto emocional que le puede causar esta información, por lo que debemos tener en cuenta que el paciente mejor informado es aquel que sabe únicamente lo que quiere saber.

Con esta revisión bibliográfica pretendemos aportar un nuevo enfoque referente a la información que se debe proporcionar al paciente y los efectos que esta tendrá sobre su estado emocional y nivel de afrontamiento.

Palabras clave: Información / cáncer / estado / emocional / comunicación / afrontamiento / enfermería / autocuidado.

Abstract:

In the last years the holistic concept has gained special protagonism whose bases are considering the person to be a biopsychosocial being, unique and individual. When a health problem of the importance of cancer appears, as health professionals, we must

confront the challenge that supposes identifying the needs of the patient. It's at that time when we face the dilemma of "information" that we must provide. On one hand the law forces us to tell the truth to the patient, but on the other hand, we must value the emotional impact that can cause this information and that we should bear in mind that the best informed patient is the one that knows only what he wants to know.

With this bibliographical review, we would like to contribute a new approach relating to the information that is necessary to provide to the patient and the effects that this one will have on his emotional condition and level of confrontation.

Keywords: Information **/** cancer / emotional condition / communication / confrontation / nursing / self-caring.

Introducción:

El cáncer es una de las principales causas de morbimortalidad en todo el mundo; en 2014 hubo 14 millones de casos nuevos y provocó 8,2 millones de muertes. Más del 60% de los nuevos casos anuales totales del mundo se producen en África, Asia, América Central y Sudamérica. Estas regiones representan el 70% de las muertes por cáncer en el mundo. [1] La Sociedad Española de Oncología Médica estima que en el año 2015 se diagnosticarán 220.000 casos nuevos en España. En el año 2013, el cáncer ocasionó 388.000 muertes y fue la primera causa de mortalidad en nuestro país. [2]

Aunque afecta a personas de todas las edades, la mayoría de los casos ocurre en individuos >65 años de vida. [3] En 2014, los cánceres diagnosticados con más frecuencia en el hombre fueron los de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado. En la mujer fueron los de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago. Se prevé que el número de casos nuevos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años aunque afortunadamente el riesgo de mortalidad ha disminuido de forma considerable en los últimos 20. [1,3]

El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer si existe un vínculo entre la información que reciben los pacientes diagnosticados de cáncer y su estado emocional.

Metodología:

Se procede a realizar una búsqueda exhaustiva de literatura sobre el tema estableciendo los criterios de inclusión/exclusión mencionados en la Tabla 1.

Se efectúa una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos: Cuiden, Cinahl, Pubmed y también búsqueda manual.

Atendiendo a los resultados obtenidos de la búsqueda bibliográfica, se realiza a la lectura de los artículos valorando su relevancia sobre los objetivos establecidos, teniendo en cuenta las directrices detalladas en la tabla 2.

Por último, se procede al análisis de dichas referencias con el propósito de comprender cuál es la situación actual en relación a la información, comunicación y bienestar emocional de los pacientes diagnosticados de cáncer.

Resultados:

Se encontraron un total de 460 artículos. Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron para el estudio los artículos detallados en las Tablas 3 y 4.

Análisis y discusión:

De acuerdo a la literatura revisada, se procede a su análisis. Para facilitar la lectura se ha estructurado en los siguientes apartados:

Influencia de la capacidad de comunicación de los profesionales sanitarios en el estado emocional de los pacientes diagnosticados de cáncer

Según Simpson, P. y Dos Reis Lopes, C. et al., todos los profesionales de la salud involucrados en la atención a pacientes oncológicos deben ser entrenados en habilidades de comunicación avanzada para saber reconocer y responder a las necesidades del paciente y su familia. [4,5]

En esta línea, el Plan de Cáncer del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido resalta la necesidad de una buena comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes. [6] Según afirman Brown, V.A. et al., y Koutsioiulou S. et al, las enfermeras que trabajan en servicios de oncología son capaces de proporcionar información de alta calidad y en la cantidad apropiada al paciente teniendo en cuenta siempre sus preferencias

de información y respetando su participación en la toma de decisiones acerca de su tratamiento para facilitar así su bienestar emocional. [6,7]

Durante las entrevistas cognitivas llevadas a cabo en el estudio de Lone Ross, M. et al., se generó una hipótesis interesante. Los pacientes manifestaron que, aunque la comunicación y la información sean conceptos diferentes, ellos pueden percibirlas como uno mismo, así que aunque la comunicación sea la adecuada, si el contenido de la información es negativo, su nivel de satisfacción será menor. [8]

En contraposición, Dos Reis Lopes, C. et al., declaran que la comunicación de malas noticias se considera una tarea difícil para todos los profesionales de la salud no solo por el temor a enfrentarse a las reacciones del paciente o de la familia sino también a la dificultad que conlleva el saber manejar la situación. [4]

En los hallazgos de Mulcare, H. et al., se indica la premisa de que la información necesita formación. Un punto de partida útil para el desarrollo de una comunicación terapéutica es formar a los profesionales para hacer formulaciones explícitas acerca del estado psicológico de los pacientes, los objetivos que estos persiguen y la necesidad de información de cada uno de ellos. [9]

Relación entre la cantidad y la calidad de la información que recibe el paciente en el momento del diagnóstico y su posterior bienestar emocional y/o afrontamiento de la enfermedad

Crutzen, R. et al., defienden que la libertad de elección del paciente acerca de su enfermedad sólo es posible si dispone de la información adecuada y si sus necesidades han sido atendidas de forma satisfactoria por los profesionales y por su entorno familiar, respetando su propio biorritmo. [10]

Según afirman Martín R. et al. en su estudio, la cantidad y la calidad de la información que los profesionales sanitarios ofrecen a los pacientes es un factor que puede incrementar su nivel de afrontamiento. [11] Mulcare, H. et al., Davison, BJ. et al. y Castillo, F. recientemente han identificado que dicha necesidad de información varía con el tiempo y que la necesidad de obtener más información se relaciona con un mayor nivel de ansiedad. [9,12,13] Dolado, M. et al., añaden que la información no debe omitirse, pero si dosificarse adaptándola a las necesidades y comprensión del paciente. [14]

Aunque la mayoría de los pacientes oncológicos prefieren el suministro de información por parte de su equipo de salud, a menudo señalan Internet como una fuente importante de información. [10,14] D'Agostino, T. et al. y Johnson, M. et al. indicaron que el uso de internet aumenta la búsqueda y necesidad de atención sanitaria y las visitas al centro de salud creando un ciclo de ansiedad recurrente. [15,16]

Matsuyama, R. et al., comentan que en el momento del diagnóstico, las necesidades de información pueden ser altas. [17] Sin embargo, Eggly, S. et al., sugieren que si se proporciona mucha información en este momento, gran parte de esta quedara sin comprender. [18] Brown, V. et al., añaden que los pacientes no solo desean una discusión sobre el pronóstico, sino también que se les proporcione esperanza en cada consulta. [6]

Percepción de la necesidad de comunicación terapéutica por parte de los pacientes con los profesionales sanitarios

Una parte de la literatura revisada pone de manifiesto que una buena comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes es uno de los aspectos de la atención médica que más se puede mejorar y que permitiría reducir el nivel de ansiedad. [8,15,16,18,]

Según las investigaciones de Matsuyama, R. et al., Dolado, M. et al. y Castillo, F., los pacientes desean obtener más información a pesar de que los médicos no siempre tengan en cuenta su opinión. En este contexto, los factores que se asociaron significativamente con una mayor necesidad de información a través del tiempo fueron el género (las mujeres), la edad (menores), la raza (afroamericana) y el estado civil (casado). También se señala que los pacientes de clases sociales más bajas tienden a recibir un estilo de consultoría menos participativo. [12,14,17]

Los resultados de Skea, Z. et al., sugieren que para mejorar la atención de salud, la comunicación y promover la colaboración efectiva entre pacientes y profesionales sanitarios, éstos últimos no solo deben centrarse en la provisión de información sobre la enfermedad y su tratamiento sino también en aspectos más amplios, de manera que durante la interacción y su implicación en el proceso hagan que las personas se sientan cuidadas y respetadas. [19]

Autonomía del paciente en la toma de decisiones y su autocuidado al proporcionarle o privarle de información acerca de su enfermedad

Los pacientes tienen derecho a conocer la verdad, quieren estar informados, consultar las opiniones médicas y ser capaces de discutir el tratamiento de su enfermedad. [4] En cuanto a las preferencias de información que desean obtener, Davison, BJ. et al., comentan que se encuentran las opciones de tratamiento, la dieta a seguir y otras terapias alternativas que también puedan utilizar para combatir su enfermedad. [20] Brown, V. et al., Castillo, F. y Dos Reis Lopes, C. et al., añaden que el profesional debe proporcionar dicha información para favorecer la autonomía del paciente. [4,6,12]

Según Díaz, J. et al., un factor que incide directamente en el malestar emocional del paciente es la denominada "conspiración del silencio", ya que la ocultación de la información aumenta el sufrimiento y los niveles de depresión de los pacientes respecto a los que disponen de una comunicación abierta. El 19,3 % de las familias consideró que no sería conveniente comunicar al paciente lo que le ocurría, aunque tanto la experiencia clínica como los datos disponibles, indican que entre un 80 y 90% de los pacientes que van a morir saben que van a morir y que a un 70% de los mismos les gustaría poder hablar de ello con sus seres queridos. [13,21]

En esta línea, varios autores destacan que es importante avanzar hacia un modelo de toma de decisiones compartida. [11,12,13,16] También se resalta que los pacientes se sienten más cerca de las enfermeras que de los médicos y las consideran sus aliadas. [12] Simpson, P. destaca que la cuestión importante es que la información, el apoyo y la ayuda estén disponibles para que el paciente pueda elegir libremente. [5] Así mismo, Susan, L. et al. advierten que la información ambigua o deliberadamente engañosa proporcionada al paciente o su familia les niega la oportunidad de reorganizar y adaptar sus vidas hacia nuevos objetivos más alcanzables y aspiraciones realistas. [4,18]

Conclusiones:

Existe un claro vínculo entre la información que reciben los pacientes diagnosticados de cáncer y como afecta esta a su estado emocional. La enfermera oncológica debe estar entrenada para satisfacer de forma oportuna las necesidades de información que siempre serán individuales y cambiantes en cada etapa de la enfermedad.

A pesar de lo mencionado anteriormente, la comunicación de malas noticias sigue siendo un reto para los profesionales sanitarios ya que aunque la comunicación haya sido eficaz, si el contenido de la información es negativo, desencadenará una respuesta emocional nociva que puede alterar la percepción de dicha comunicación.

El proporcionar información en cantidad y calidad adecuada a los pacientes en el momento del diagnóstico aumenta su autonomía, afrontamiento, bienestar emocional y evita que el paciente recurra a fuentes de información externas como Internet.

Los factores que se asociaron significativamente con una mayor necesidad de información a través del tiempo son: el género femenino, una menor edad y el estar casado.

Los pacientes tienen derecho a conocer la verdad, estar informados y poder consultar y discutir el tratamiento de su enfermedad con los profesionales sanitarios, por lo tanto es una obligación ineludible de éstos últimos proporcionar información veraz basada en la evidencia científica que fomente su autonomía ya que con la ocultación de información solo se conseguirá aumentar su sufrimiento y ansiedad.

Por último, los profesionales de la salud deben avanzar hacia un modelo de atención centrado en el paciente, tratándolo con respeto e invitándolo a la participación en la toma de decisiones compartida, con el fin de lograr una mayor implicación de éstos en su proceso de salud. Teniendo en cuenta que los pacientes consideran al personal de enfermería como los profesionales más cercanos a ellos, todas las intervenciones de éstos deben ir dirigidas a mejorar la atención de salud, haciendo que las personas se sientan cuidadas y valoradas, considerando al ser humano como un ser biopsicosocial influido por muchos factores y teniendo en cuenta que todos estos tendrán un peso importante en la forma de afrontar el desafío emocional que supone el diagnóstico del cáncer.

Bibliografía:

1. OMS | Cancer. World Health Organization; [Consultado: 11/11/2015]; Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/
2. Memoria del Servicio de Epidemiología del Cáncer - memoria-area-2014.pdf [Internet]. [Consultado: 11/11/2015]. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-epidemiologia-ambiental-y-cancer/memoria-area-2014.pdf

3. Brunner LS, Suddarth DS, Smeltzer SC. Enfermería medicoquirúrgica. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams; 2013 [Consultado: 13/11/2015].
4. Lopes C dos R, Graveto JMG do N. Comunicación de noticias: miedos de los que las trasmiten y alteraciones de los que las reciben. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2010 [Consultado: 09/01/2016]; 14(2):257–63. Disponible en: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=19543&indexSearch=ID
5. Simpson P. Prostatectomy: information provision and education for patients. Br J Nurs [Internet]. Jan [Consultado: 12/01/2016]; 24(9):S24–8. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25978470
6. Brown VA, Parker PA, Furber L, Thomas AL. Patient preferences for the delivery of bad news - the experience of a UK Cancer Centre. Eur J Cancer Care (Engl) [Internet]. 2011 Jan [Consultado: 12/01/2016]; 20(1):56–61. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20148936
7. Koutsopoulou S, Papathanassoglou EDE, Katapodi MC, Patiraki EI. A critical review of the evidence for nurses as information providers to cancer patients. J Clin Nurs [Internet]. 2010 Mar [Consultado: 09/01/2016]; 19(5-6):749–65. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20500319
8. Ross L, Petersen MA, Johnsen AT, Lundstrøm LH, Groenvold M. Satisfaction with information provided to Danish cancer patients: validation and survey results. Patient Educ Couns [Internet]. 2013 Nov [Consultado: 09/01/2016]; 93(2):239–47. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23806817
9. Mulcare H, Schofield P, Kashima Y, Milgrom J, Wirth A, Bishop M, et al. Adjustment to cancer and the information needs of people with lung cancer. Psychooncology [Internet]. 2011 May [Consultado: 12/01/2016]; 20(5):488–96. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20878846
10. Crutzen R, Beekers N, van Eenbergen M, Becker M, Jongen L, van Osch L. E-loyalty towards a cancer information website: applying a theoretical framework. Psychooncology [Internet]. 2014 Jun [Consultado: 12/01/2016]; 23(6):685–91. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24408565

11. Martín-Fernández R, Abt-Sacks A, Perestelo-Perez L, Serrano-Aguilar P. Actitudes de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama frente a la toma de decisiones compartida. Revista Española de Salud Pública [Internet]. MSSSI; [Consultado: 09/01/2016]; 87(1):59–72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Castillo Montes, F. Javier. ¿Cómo perciben los pacientes con cáncer la importancia de compartir el control de las decisiones en las intervenciones de sus problemas de salud?. Revista Paraninfo Digital, 2011; 12. [Consultado: 09/01/2016] Disponible en: http://www.index-f.com/para/n11-12/173d.php
13. Davison BJ, Breckon E. Factors influencing treatment decision making and information preferences of prostate cancer patients on active surveillance. Patient Educ Couns [Internet]. 2012 Jun [Consultado: 20/01/2016]; 87(3):369–74. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22177658
14. Dolado Momblona MS, Blanquer Espert I, Esclápez Valero P. ¿Son más propensos a incrementar su ansiedad los enfermos de cáncer de colon que tienen un mayor conocimiento sobre su enfermedad? [Internet]. Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S de Valencia. Colegio Oficial de Enfermería de Valencia; 2011 [Consultado: 09/01/2016]. p. 39. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3791917&info=resumen&idioma=SPA
15. Shen MJ, Dyson RC, D'Agostino TA, Ostroff JS, Dickler MN, Heerdt AS, et al. Cancer-related internet information communication between oncologists and patients with breast cancer: a qualitative study. Psychooncology [Internet]. 2015 Nov [Consultado: 20/01/2016]; 24(11):1439–47. Disponible en: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4517971&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
16. D'Agostino TA, Ostroff JS, Heerdt A, Dickler M, Li Y, Bylund CL. Toward a greater understanding of breast cancer patients' decisions to discuss cancer-related internet information with their doctors: an exploratory study. Patient Educ Couns [Internet]. 2012 Oct [Consultado: 20/01/2016]; 89(1):109–15. Disponible en:

http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3462296&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

17. Matsuyama RK, Kuhn LA, Molisani A, Wilson-Genderson MC. Cancer patients' information needs the first nine months after diagnosis. Patient Educ Couns [Internet]. 2013 Jan [Consultado: 12/01/2016]; 90(1):96–102. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23058682
18. Eggly S, Penner LA, Hagiwara N, Gonzalez R, Harper FWK, Heath EI, et al. Patient, companion, and oncologist agreement regarding information discussed during triadic oncology clinical interactions. Psychooncology [Internet]. 2013 Mar [Consultado: 12/01/2016]; 22(3):637–45. Disponible en: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3772532&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
19. Skea ZC, Maclennan SJ, Entwistle VA, N'dow J. Communicating good care: a qualitative study of what people with urological cancer value in interactions with health care providers. Eur J Oncol Nurs [Internet]. 2014 Feb [Consultado: 12/01/2016]; 18(1):35–40. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24172757
20. Gupta AA, Edelstein K, Albert-Green A, D'Agostino N. Assessing information and service needs of young adults with cancer at a single institution: the importance of information on cancer diagnosis, fertility preservation, diet, and exercise. Support Care Cancer [Internet]. 2013 Sep [Consultado: 20/01/2016]; 21(9):2477–84. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23604520
21. Díaz Cordobés JL, Barcia Albacar JA, Gallego Sánchez JM, Barreto Martín P. Conspiración de silencio y malestar emocional en pacientes diagnósticados de glioblastoma multiforme. Psicooncología [Internet]. 2012 Jun 11 [Consultado: 20/01/2016]; 9(1):151–9. Disponible en: http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/39144

Anexos:

Tabla 1: Metodología	
Criterios de inclusión	**Criterios de exclusión**
• Artículos que hayan sido publicados entre Enero de 2010 y Diciembre de 2015. • Disponibles en texto completo. • Idioma de publicación: inglés, castellano, catalán y/o portuguès. • Aportación de información relevante sobre los objetivos establecidos.	• Edad pediátrica o geriátrica de los pacientes sujetos a estudio. • Artículos no disponibles de forma gratuita. • No pertenecientes al ámbito social y sanitario.

Tabla 2: Resumen del procedimiento de selección y evaluación de los resultados				
Base de datos consultada	**Número de artículos encontrados**			
	Selección por descriptores	**Selección por titulo**	**Selección por resumen**	**Selección por texto completo**
CUIDEN	([res=información])AND([res=cáncer])			
	117	18	11	4
	([res=cáncer])AND([res=estado])AND([res=emocional])			
	15	3	1	0
	([res=cáncer])AND([res=comunicación])			
	32	3	2	0
	([res=cáncer])AND([res=información])AND([res=afrontamiento])			
	7	1	1	0
	([res=cáncer])AND(([res=pacto])AND(([res=de])AND([res=silencio])]))			
	1	1	1	0

	([res=cáncer])AND([res=decisiones])			
	17	2	1	0
	([res=cáncer])AND(([res=comunicación]) AND([res=enfermería]))			
	12	4	1	1
	([res=cáncer])AND([res=autocuidado])			
	46	5	1	0
PUBMED	((cancer[Title]) AND information [Title]) AND communication [Title]			
	5	2	2	1
	((cancer[Title]) AND information[Title]) AND decision [Title]			
	5	3	2	1
	((oncology[Title/Abstract]) AND communication[Title]) AND nursing [Title]			
	6	3	1	0
	((self[Title/Abstract]) AND caring[Title/Abstract]) AND cancer [Title/Abstract] AND information [Title/Abstract]			
	14	4	1	0
	((diagnosis[Title]) AND cancer[Title]) AND information [Title]			
	14	4	2	1
	((diagnosis[Title]) AND cancer[Title]) AND information [Title/Abstract] AND needs [Title/Abstract]			
	36	9	2	0
	((oncology [Title/Abstract]) AND diagnosis [Title/Abstract]) AND communication [Title]			
	36	9	1	0
CINAHL	TI cancer AND TI information AND TI communication			
	4	2	1	0

	AB cancer AND AB communication AND AB nursing			
	22	10	3	1
	TI cancer AND TI information AND TI decision			
	23	5	2	1
	AB cancer AND AB self care AND AB nursing			
	5	2	1	0
	AB cancer AND AB diagnosis AND AB information needs			
	43	15	8	7

Tabla 3: Artículos seleccionados de cada base de datos	
CUIDEN	• Actitudes de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama frente a la toma de decisiones compartida. • ¿Cómo perciben los pacientes con cáncer la importancia de compartir el control de las decisiones en las intervenciones de sus problemas de salud? • ¿Son más propensos a incrementar su ansiedad los enfermos de cáncer de colon que tienen un mayor conocimiento sobre su enfermedad? • Comunicação de notícias: receios em quem transmite e mudanças nos que recebem. • A critical review of the evidence for nurses as information providers to cancer patients.
CINAHL	• Satisfaction with information provided to Danish cancer patients: Validation and survey results. • Communicating good care: A qualitative study of what people with urological cancer value in interactions with health care providers. • Prostatectomy: information provision and education for patients. • Patient preferences for the delivery of bad news – the Experience of a UK Cancer Centre. • Adjustment to cancer and the information needs of people with lung cancer.

	• E-loyalty towards a cancer information website: applying a theoretical framework. • Patient, Companion, and Oncologist Agreement Regarding Information Discussed during Triadic Oncology Clinical Interactions. • Cancer patients' information needs the first nine months after diagnosis. • Assessing information and service needs of young adults with cancer at a single institution: the importance of information on cancer diagnosis, fertility preservation, diet, and exercise.
PUBMED	• Cancer-related internet information communication between oncologists and patients with breast cancer: a qualitative study. • Toward a greater understanding of breast cancer patients' decisions to discuss cancer related internet information with their doctors: An exploratory study. • Factors influencing treatment decision making and information preferences of prostate cancer patients on active surveillance.
BÚSQUEDA MANUAL	• Conspiración de silencio y malestar emocional en pacientes diagnosticados de glioblastoma multiforme.

Tabla 4: Resultados relevantes de los artículos seleccionados				
Publicación	**Título**	**Autores**	**Objetivos**	**Metodología**
SUPPORT CARE CANCER 2013	Assessing information and service needs of young adults with cancer at a single institution: the importance of information on cancer diagnosis, fertility preservation, diet, and exercise.	Gupta AA, Edelstein K, Albert-Green A, D'Agostino N.	Examinar la necesidad de información de los pacientes con cáncer sobre la enfermedad, las pruebas diagnósticas, tratamientos, cuidado físico y recursos psicosociales durante el tratamiento.	Estudio observacional con 138 pacientes con cáncer en estadios II-IV que reciben tratamiento y que fueron estudiados más de nueve meses. Las necesidades de información se evaluaron utilizando el Toronto Informativo Necesidades Cuestionario (INQ).
PATIENT EDUCATION AND COUNSELING 2013	Cancer patients' information needs the first nine months after diagnosis.	Matsuyama RK, Kuhn LA, Molisani A, Wilson-Genderson MC.	Identificar la información y necesidades de servicios especiales para los adultos jóvenes con cáncer.	Se realizó una encuesta de necesidades de atención y apoyo para pacientes adultos jóvenes (<35 años de edad) ambulatorios que llevaban 5 años de tratamiento en un hospital de adultos.
BRITISH JOURNAL OF NURSING 2016	Prostatectomy: information provision and education for patients.	Simpson, P.	Relacionar la comunicación y la información antes del tratamiento y los resultados funcionales después de la prostatectomía.	Revisión de literatura relativa en la que se explora si los profesionales de la salud pueden preparar adecuadamente a los pacientes para la prostatectomía.

Tabla 4: Resultados relevantes de los artículos seleccionados				
Publicación	**Título**	**Autores**	**Objetivos**	**Metodología**
EUROPEAN JOURNAL OF ONCOLOGY NURSING 2014	Communicating good care: A qualitative study of what people with urological cancer value in interactions with health care providers.	Skea ZC, Maclennan SJ, Entwistle VA, N'dow J.	Explorar las experiencias de pacientes con cáncer urológico, en cuanto a la atención recibida, sus conocimientos y lo que parecían valorar más en sus interacciones con los proveedores de cuidado de la salud y el por qué.	Se llevaron a cabo entrevistas a 20 hombres y 6 mujeres con diferentes tipos de cáncer urológico en diferentes momentos desde el diagnóstico. Las entrevistas se grabaron, transcribieron y analizaron temáticamente utilizando un enfoque interpretativo establecido.
PATIENT EDUCATION AND COUNSELING 2013	Satisfaction with information provided to Danish cancer patients: Validation and survey results.	Ross L, Petersen MA, Johnsen AT, Lundstrøm LH, Groenvold M.	Validar cinco elementos del CPWQ (The Cancer Patient's World Questionnaire) con respecto a la satisfacción con la información proporcionada acerca del cáncer a pacientes por el personal de atención de salud, evaluar la prevalencia de insatisfacción con esta información e identificar los factores que predicen dicha insatisfacción.	El cuestionario utilizado fue validado mediante acuerdo paciente-observador y entrevistas cognitivas. La prevalencia de insatisfacción se evaluó en una muestra transversal de todos los pacientes con cáncer en contacto con hospitales durante el año 2012 en tres condados daneses.

Tabla 4: Resultados relevantes de los artículos seleccionados				
Publicación	**Título**	**Autores**	**Objetivos**	**Metodología**
PSYCHO-ONCOLOGY 2013	Patient, Companion, and Oncologist Agreement Regarding Information Discussed during Triadic Oncology Clinical Interactions.	Eggly S, Penner LA, Hagiwara N, Gonzalez R, Harper FWK, Heath EI, et al.	Examinar si los pacientes y sus acompañantes difieren con los oncólogos acerca de lo que se discute en la consulta.	Los pacientes, sus acompañantes y oncólogos completaron de forma independiente cuestionarios inmediatamente después de las visitas para saber lo que creían que se había discutido o mencionado durante estas.
EUROPEAN JOURNAL OF CANCER CARE 2011	Patient preferences for the delivery of bad news – the experience of a UK Cancer Centre.	Brown VA, Parker PA, Furber L, Thomas AL.	Evaluar cómo los pacientes prefieren recibir su diagnóstico en un centro oncológico del Reino Unido.	244 pacientes completaron el Measure of Patients' Preferences Questionnaire, escribieron comentarios sobre su propia experiencia recibiendo malas noticias en la consulta y manifestaron cuál sería su papel preferido en la toma de decisiones.
PSYCHO-ONCOLOGY 2014	E-loyalty towards a cancer information website: applying a theoretical framework.	Crutzen R, Beekers N, Van Eenbergen M, Becker M, Jongen L, Van Osch L.	Proporcionar una visión más clara sobre la percepción de los usuarios relacionada con la "e-lealtad" hacia una información sobre el cáncer en un sitio web.	63 pacientes con cáncer y 202 cuidadores no profesionales rellenaron un cuestionario de evaluación, de una página web, basado en un marco teórico derivado de la esfera del comercio electrónico.

Tabla 4: Resultados relevantes de los artículos seleccionados				
Publicación	**Título**	**Autores**	**Objetivos**	**Metodología**
PSYCHO-ONCOLOGY 2011	Adjustment to cancer and the information needs of people with lung cancer.	Mulcare H, Schofield P, Kashima Y, Milgrom J, Wirth A, Bishop M, et al.	Investigar la influencia de los diferentes estilos de adaptación al cáncer en las necesidades de información.	73 pacientes con cáncer de pulmón fueron reclutados en su primera visita con su radiólogo. Los participantes completaron el Cuestionario de Necesidades de información del paciente orientado a la enfermedad y a la acción, el Mini-Mental Ajustado a escala de cáncer, y un cuestionario especialmente diseñado para relacionar objetivos personales de cada paciente con el cáncer.
PSYCHO-ONCOLOGY 2016	Cancer-related internet information communication between oncologists and patients with breast cancer: a qualitative study.	Shen MJ, Dyson RC, D'Agostino TA, Ostroff JS, Dickler MN, Heerdt AS, et al.	Analizar en profundidad cómo afecta a la comunicación médico-paciente la información que estos obtienen a través de Internet.	Se analizaron grabaciones de audio realizadas durante las visitas de los pacientes con cáncer de mama y sus oncólogos en las se discutía acerca de la información de Internet. Se utilizó el análisis de texto temático inductivo para identificar los temas cualitativos de estas conversaciones.

Tabla 4: Resultados relevantes de los artículos seleccionados				
Publicación	**Título**	**Autores**	**Objetivos**	**Metodología**
REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA 2013	Actitudes de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama frente a la toma de decisiones compartida.	Martín-Fernández R, Abt-Sacks A, Perestelo-Perez L, Serrano-Aguilar P.	Identificar y caracterizar los elementos que influyen en la toma de decisiones terapéuticas de las pacientes.	Metodología cualitativa de tipo fenomenológico. Muestreo de 70 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. 45 entrevistas y 3 grupos focales en 15 Comunidades Autónomas españolas.
PARANINFO DIGITAL 2011	¿Cómo perciben los pacientes con cáncer la importancia de compartir el control de las decisiones en las intervenciones de sus problemas de salud?	Castillo Montes, F. Javier.	Comprender la importancia que tiene para los pacientes con cáncer compartir con los profesionales sanitarios el control de las decisiones en las intervenciones de sus problemas de salud.	Estudio cualitativo descriptivo basado en el enfoque fenomenológico de Giorgi. Se realizaron entrevistas a pacientes con preguntas abiertas cuyo tema principal fue la importancia de ser tratados con respeto, tener la oportunidad de participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento y la atención como un aspecto de un cuidado sanitario correcto.

Tabla 4: Resultados relevantes de los artículos seleccionados				
Publicación	**Título**	**Autores**	**Objetivos**	**Metodología**
NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH 2012	Toward a greater understanding of breast cancer patients' decisions to discuss cancer related internet information with their doctors: An exploratory study.	D'Agostino TA, Ostroff JS, Heerdt A, Dickler M, Li Y, Bylund CL.	Investigar las diferencias entre los pacientes con cáncer de mama que discuten o no discuten con sus médicos la información obtenida a través de Internet.	70 pacientes con cáncer de mama completaron cuestionarios sobre el uso de Internet, la relación médico-paciente y el nivel de ansiedad.
JOURNAL OF CLINICAL NURSING 2011	A critical review of the evidence for nurses as information providers to cancer patients.	Koutsopoulou S, Papathanassoglou EDE, Katapodi MC, Patiraki EI.	Revisar la evidencia sobre el papel de las enfermeras oncológicas en el suministro de información a los pacientes con cáncer. Establecer las implicaciones basadas en la evidencia para la práctica clínica y la investigación.	Revisión de la literatura descriptiva de enero de 1990 al 2008 en Medline, CINAHL, PubMed, Cochrane y CancerLit.

Tabla 4: Resultados relevantes de los artículos seleccionados				
Publicación	**Título**	**Autores**	**Objetivos**	**Metodología**
ENFERMERÍA INTEGRAL 2013	¿Son más propensos a incrementar su ansiedad los enfermos de cáncer de colo que tienen un mayor conocimiento sobre su enfermedad?	Dolado Momblona MS, Blanquer Espert I, Esclápez Valero P.	Valorar si el hecho de disponer de información comprensible sobre la enfermedad por el paciente que sufre un cáncer de colon afecta a su nivel de ansiedad.	Estudio transversal que utiliza un cuestionario para evaluar a 35 pacientes tratados en el Hospital General Universitario de Valencia.
REVISTA DE ENFERMERÍA DE MINAS GERAIS 2010	Comunicación de noticias: miedos de los que las transmiten y alteraciones de los que las reciben.	Lopes C dos R, Graveto JMG do N.	Definir no sólo la información que debe ser proporcionada por los profesionales de salud sino también sus miedos, modos de comunicar las malas noticias y el impacto que tiene en la vida de los que la reciben.	Revisión científica de literatura de investigación.
PATIENT EDUCATION AND COUNSELING 2012	Factors influencing treatment decision making and information preferences of prostate cancer patients on active surveillance.	Davison BJ, Breckon E.	Evaluar las preferencias de la información y la toma de decisiones de los pacientes con cáncer de próstata en vigilancia activa y los factores que influyen en su decisión.	Muestra transversal con una encuesta a 180 pacientes en vigilancia activa.

Tabla 4: Resultados relevantes de los artículos seleccionados				
Publicación	**Título**	**Autores**	**Objetivos**	**Metodología**
PSICOONCO-LOGÍA 2012	Conspiración de silencio y malestar emocional en pacientes diagnosticados de glioblastoma multiforme.	Díaz Cordobés JL, Barcia Albacar JA, Gallego Sánchez JM, Barreto Martín P.	Identificar la incidencia de conspiración de silencio familiar y su repercusión en los niveles de ansiedad y depresión del paciente diagnosticado de glioblastoma multiforme (GBM).	Los niveles de ansiedad y depresión fueron recogidos en cinco momentos del proceso de enfermedad: ingreso, después de la comunicación del diagnóstico, en el alta hospitalaria, un mes después del alta y seis meses después del alta. Las necesidades de información fueron recogidas en el momento del ingreso.