

Eficacia de la intervención de enfermería para aumentar la esperanza en pacientes con cáncer: un meta análisis¹

Ping Li²
Yu-Jie Guo³
Qing Tang²
Lei Yang²

Objetivo: evaluar la eficacia de la intervención de enfermería para pacientes oncológicos en el nivel de esperanza en un meta análisis. Método: se buscó información en bases de datos electrónicas. Dos de los autores extrajeron de forma independiente los datos de los estudios de elegibilidad, y se utilizó el software Stata 13.0 para agrupar los datos. Resultados: se incluyeron nueve ensayos aleatorios controlados y se evaluó la calidad metodológica del ensayo controlado aleatorizado (ECA) utilizando las recomendaciones del manual Cochrane. Se utilizó un modelo de efectos aleatorios para combinar los resultados de los estudios elegibles. Los resultados agrupados utilizando el modelo de efectos fijos mostraron que las puntuaciones al primer efecto aumentan significativamente después del uso de la intervención de enfermería entre los grupos. Se observó heterogeneidad entre los estudios de post-prueba ($df = 8, P = 0.000; I^2 = 76.1 \%$). Los resultados indicaron heterogeneidad significativa en los nueve estudios seleccionados. La prueba de heterogeneidad no mostró homogeneidad entre los estudios de seguimiento ($df = 8, P = 0.328; I^2 = 12.9 \%$), pero no hay significación estadística. Conclusión: la evidencia actual sugiere que la intervención de enfermería tiene un efecto positivo en la esperanza en pacientes con cáncer. Sin embargo, se necesitan más ensayos controlados aleatorios de gran escala y de alta calidad para confirmar estos resultados.

Descriptores: Neoplasma; Esperanza; Meta-Análisis.

¹ Apoyo financiero de la Nantong Science and Technology Bureau, China, proceso BK2013073.

² MSc, Investigador, School of Nursing, Nantong University, Nantong, Jiangsu, China.

³ PhD, Profesor Asistente, School of Nursing, Nantong University, Nantong, Jiangsu, China.

Cómo citar este artículo

Li P, Guo YJ, Tang Q, Yang L. Effectiveness of nursing intervention for increasing hope in patients with cancer: a meta-analysis. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e2937. [Access   ]; Available in:  .
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1920.2937>. URL

Introducción

La esperanza se ha definido como la posibilidad de un futuro mejor en el contexto de la incertidumbre⁽¹⁾, lo que aumenta de manera importante la calidad de vida de los pacientes⁽²⁾. Se ha identificado como un valioso recurso psicológico que permite al individuo interesarse por su vida y por su futuro y encontrarle sentido a la vida⁽³⁾. El autor⁽⁴⁾ afirmó que la característica más importante de la esperanza es que da confianza al individuo para hacer cambios en su vida.

Es bien sabido que el diagnóstico de cáncer, su tratamiento y los retos de la supervivencia aumentan los niveles de síntomas psicológicos de los pacientes en algún grado que pueden afectar su adaptación a la enfermedad⁽⁵⁾. La intervención de enfermería ha demostrado mejorar la esperanza mediante la promoción de un mayor bienestar psicológico y disminución de menos problemas psicológicos como la depresión y la ansiedad⁽⁵⁻⁶⁾.

El diagnóstico y tratamiento del cáncer pueden afectar el funcionamiento físico, la salud mental y la calidad de vida de las personas con cáncer⁽⁷⁾. Una gran cantidad de estudios⁽⁸⁻⁹⁾ ha demostrado que los efectos a largo plazo y tardíos después de un diagnóstico de cáncer tienen un impacto en los pacientes, incluyendo déficit funcional, alteración del estado de ánimo e insuficiencia cardíaca en relación con la toxicidad de la quimioterapia. Muchos de estos factores influyen en la esperanza de los pacientes. La esperanza ha sido considerada una estrategia de afrontamiento importante entre los pacientes con cáncer. Muchos investigadores⁽¹⁰⁻¹¹⁾ encontraron que el alto nivel de esperanza estaba asociado con menor nivel de ansiedad y depresión, un mayor apoyo social y una mejor calidad de vida.

Varios estudios han demostrado que la influencia de los profesionales de la salud tiene un gran potencial de esperanza entre los pacientes con cáncer. Un estudio⁽¹²⁾ evaluó una intervención psicológica de apoyo basada en la teoría llamada "Transformar la esperanza", en la que los pacientes fueron guiados a ver una película sobre la esperanza y trabajar en una actividad de esperanza. Se encontró mayor esperanza y calidad de vida entre los pacientes con cáncer después de la intervención. Otro estudio⁽¹³⁾ encontró que una nueva intervención de tratamiento que se combina con tres atributos centrales, *mindfulness*, terapia de la esperanza y componentes bio-conductuales en las mujeres con recurrencia del cáncer. Se aumentó la esperanza y la *mindfulness* por 2, 4 y 7 meses después de la intervención. Sin embargo, la eficacia de las intervenciones de enfermería para mejorar la

esperanza entre los pacientes con cáncer sigue siendo controversial. El autor⁽¹⁴⁾ encontró que el ejercicio tiene una gran mejora en la fuerza entre los pacientes con cáncer de pulmón, pero no en la esperanza. Un investigador⁽¹⁵⁾ estudió los efectos de la intervención telefónica dirigida por enfermeras y no encontró diferencia clara en el nivel de esperanza entre los pacientes durante la quimioterapia.

Desde el punto de vista de la enfermería, ayudar a los pacientes a experimentar situaciones difíciles y mantener la esperanza es un objetivo esencial en la prestación de atención a los pacientes que están luchando con un diagnóstico de cáncer. Además, estudios anteriores han utilizado diversos tipos de intervención de enfermería, lo que dificulta la determinación de si la intervención de enfermería fomenta la esperanza en los pacientes con cáncer.

Por lo tanto, es necesario resumir los resultados de ensayos clínicos aleatorios para evaluar la eficacia de la intervención de enfermería sobre la esperanza en pacientes con cáncer. Para examinar esta hipótesis, se realizó el meta análisis y se supone que la intervención de enfermería tiene un efecto beneficioso sobre la esperanza en los pacientes con cáncer.

Método

Se utilizaron los ítems de Informes Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Meta análisis (PRISMA) emitidos en 2009 para reportar este meta análisis⁽¹⁶⁾. Se identificaron estudios relevantes mediante búsquedas sistemáticas en las bases de datos electrónicas desde su inicio hasta enero de 2016. Se realizaron búsquedas en las bases de datos de la Biblioteca Cochrane, PubMed, Ovid, Web of Science, CNKI y Wanfang Data en busca de artículos publicados. Cualquier estudio controlado aleatorio que evaluó la asociación entre la intervención de enfermería y el nivel de esperanza en pacientes adultos con cáncer fue elegible para su inclusión en nuestro estudio, y no se impusieron restricciones sobre el idioma o el estado de publicación. Se usaron términos de palabras médicas (MeSH) y palabras clave de "cáncer O neoplasia", "esperanza", "guiado por una enfermera OR enfermera" Y "ensayo clínico controlado aleatorio O ensayo clínico controlado" como términos de búsqueda. Adicionalmente, escaneamos las listas de referencias de trabajos recuperados sobre cualquier estudio adicional relevante. También nos pusimos en contacto con el autor o primer autor correspondiente para obtener información si las publicaciones no estaban claras o se necesitaba más información.

Los estudios serían elegibles para su inclusión en el presente meta análisis si cumplían los siguientes

criterios: (a) tenían un diseño de ensayo controlado aleatorio; (b) incluyeron solo sobrevivientes de cáncer adultos (edad ≥ 18); (c) compararon las intervenciones de enfermería con la atención habitual; (d) los autores informaron puntuaciones de esperanza efectivas e intervalos de confianza del 95% (IC) sobre los resultados de las comparaciones.

Estudios que evaluaron el resultado de la esperanza usando escalas validadas (por ejemplo, Herth Hope Index, HHI). El índice Herth Hope (HHI) contiene 12 ítems que miden tres dimensiones de esperanza⁽¹⁷⁾. El HHI delineó tres factores de esperanza: a) la temporalidad y el futuro, b) la preparación positiva y la expectativa, y c) la interconexión⁽¹⁸⁾. Cada ítem se clasifica en una escala de Likert de 4 puntos que varía de "muy en desacuerdo (1)" a "muy de acuerdo (4)". Se calcula una puntuación total de HHI que puede oscilar entre 12 y 48 y las puntuaciones más altas indican mayores niveles de esperanza. Se ha utilizado con éxito en estudios con personas con cáncer y sus familiares que los cuidan⁽¹⁹⁾. La versión china de HHI ha demostrado la fiabilidad prueba-reprueba, consistencia interna, validez de contenido y validez de constructo en pacientes con cáncer⁽²⁰⁾.

Sin embargo, si el estudio no proporciona datos originales o información insuficiente sobre la esperanza, lo excluimos. Los estudios fueron cartas, comentarios, correspondencia, editoriales, reseñas o literatura gris que no son elegibles. Si el estudio involucra los cuidadores de pacientes con cáncer, se excluirá. Dos investigadores seleccionaron de forma independiente los resúmenes o artículos de texto completo identificados utilizando la estrategia de búsqueda descrita anteriormente para evaluar la elegibilidad de los estudios de manera estandarizada.

Según los datos detallados de los estudios incluidos, dos revisores evaluaron de forma independiente la calidad de los ensayos elegibles utilizando la herramienta de evaluación descrita en el Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones. Los parámetros de riesgo de sesgo se clasificaron como altos, bajos o poco claros. Se evaluaron los siguientes dominios en relación con su riesgo de sesgo: generación de secuencia aleatoria; ocultación de la asignación; cegamiento (sesgo de rendimiento, sesgo de detección); datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste); notificación selectiva (sesgo de notificación); y otras fuentes de sesgo⁽²¹⁾. Cualquier discrepancia fue resuelta por consulta o adjudicada por un tercer revisor que fungía como árbitro.

Los dos investigadores extrajeron los datos de cada estudio de forma independiente. Cualquier desacuerdo fue resuelto por un tercer revisor. La información

extraída de cada estudio incluyó el primer autor, año de publicación, país, edad al inicio del estudio, tamaño de la muestra, duración del seguimiento, características de la intervención (por ejemplo, tipo, frecuencia, duración). Las discrepancias fueron revisadas por el autor del artículo correspondiente actual y se logró un consenso mediante la discusión.

Las variables continuas se analizaron utilizando la diferencia de medias estandarizada (DME) y se expresaron con intervalos de confianza (IC) del 95% para utilizar métodos de efectos aleatorios. Sólo se informó si la heterogeneidad entre los resultados del estudio combinado fue estadísticamente significativa evaluando el Cochran Q y el I², con $p < 0.05$ indicando heterogeneidad significativa⁽²²⁾. Un valor de p para la prueba Q de Cochran $< 0,1$ con un valor de $I^2 > 50\%$ indicó una no heterogeneidad o heterogeneidad leve a través de los estudios, y luego se aplicó el modelo de efecto fijo; de lo contrario, se adoptaría un modelo de efectos aleatorios para agrupar los datos⁽²³⁾. Si los resultados se presentaron como mediana y valores de rango, las medias y la desviación estándar se calcularon usando las fórmulas⁽²⁴⁾. Los análisis de subgrupos se realizaron dividiendo los estudios en grupos según (a) sexo, (b) tipo de cáncer, (c) si la esperanza fue el resultado primario, (d) calidad del estudio incluido, (e) proveedores de intervención. Se evaluó el posible sesgo de publicación utilizando las gráficas de embudo de Begg⁽²⁵⁾ y las pruebas de Egger⁽²⁶⁾. El valor de p bilateral < 0.05 se consideró estadísticamente significativo. En vista de la heterogeneidad significativa entre los estudios incluidos en nuestro meta análisis, el análisis de sensibilidad se llevó a cabo mediante la eliminación individual de estudios con el mayor tamaño del efecto para evaluar si los resultados podrían haber sido afectados notablemente por un solo estudio. Se aplicó el software estadístico Stata 13.0 (StataCorp, College Station, TX) para agrupar los resultados en este meta análisis.

Resultado

La búsqueda en la literatura produjo inicialmente 1119 artículos relevantes después de una búsqueda exhaustiva. La búsqueda de citas identificó otros 13 artículos. De las publicaciones, se excluyeron 534 artículos duplicados. Y después de la selección del título y el resumen utilizando los criterios de inclusión y exclusión, se eliminaron 589. En última instancia, los 9 ensayos clínicos aleatorios restantes^(2,27-34) con participantes se incluyeron en el meta análisis.

Características de los estudios incluidos

Algunos detalles de los estudios incluidos se presentan en la Figura 1. Los tamaños de muestra del estudio oscilaron entre 20 y 116. De una población total de 600 pacientes asignados al azar, 306 estaban en el grupo de intervención y 294 en el grupo de control. Los ensayos controlados aleatorios se publicaron entre 1998 y 2015. De ellos, cuatro se realizaron en Asia (1 para Japón⁽²⁷⁾ y 3 para China^(30,33-34)), 2 en Europa^(2,32), 1 en Estados Unidos⁽²⁸⁾, 1 en Canadá⁽²⁹⁾ y 1 en Australia⁽³¹⁾. Todos los estudios incluyeron un grupo control, y el grupo control fue tratado con cuidado habitual. Sin embargo, hay un artículo que se divide en tres grupos; se incluyó una intervención adicional denominada grupo de control de la atención. El formato de tratamiento más común fue el enfoque individual (n = 7), y sólo dos estudiaron el enfoque de grupo aplicado. La medida de esperanza más utilizada fue el HHI. En nueve estudios o atendimiento consistió en intervenciones de enfermería variadas. La mayoría de las intervenciones se realizaron en hospitales o en el domicilio de los pacientes. Entre

los 9 estudios, las intervenciones fueron realizadas por personal de salud (por ejemplo, enfermera) en seis estudios y en otros tres, otros profesionales prestaron el servicio. La duración media de la intervención fue de 3.2 semanas. El tiempo medio de intervención total fue de 86.5 minutos, con un tiempo de intervención total en cada estudio de 30 a 120 minutos. La evaluación de la calidad de los estudios incluidos utilizando el riesgo de la herramienta de sesgo se muestra en la Figura 2. En general, un desvío controlado aleatorizado tuvo una puntuación de 13⁽²⁷⁾, un desvío tenía una puntuación de 11⁽³²⁾, un desvío tenía una puntuación de 9⁽²⁸⁾, tres desvíos tenían una puntuación de 8^(29,33-34), dos desvíos tenían una puntuación de 7^(2,30), y el restante tenía una puntuación de 6⁽³¹⁾. La puntuación media fue de 8.5, lo que sugiere una calidad moderada en los informes incluidos en este meta análisis. Entre todos los estudios seleccionados, los participantes y el personal casi todos no eran doble ciego. La evaluación de los resultados no fue cegada en todos los estudios. En general, todos los estudios incluidos se consideraron de alto riesgo de sesgo.

Estudio / Años de publicación	País	Tamaño de la muestra (IG*/CG*)	Edad, años IG* CG*	Diagnóstico de cáncer	Intervenciones (IG*/CG*)	Duración de la intervención	Medidas de resultado	Tiempo de recolección de datos	Proveedores de Intervención
Ando et al.(2010)	Japón	38/39	65±14 64±14	Cáncer terminal	Revisión de vida a corto plazo y apoyo general / apoyo general	Dos sesiones, cada 30-60min, con un intervalo de una semana entre la primera y segunda sesiones	GDI [†]	Prueba previa y post prueba	Terapeuta
Hansen et al.(2009)	Estados Unidos	10/10	73±7.36	Cáncer terminal	Terapia de perdón / UC [□]	4 semanas, una vez a la semana, cada vez 60min	HHI	Pre prueba y cuatro semanas después y ocho semanas después	Un interventor
Duggle et al.(2007)	Canadá	30/30	73.63±8.84 76.30±9.06	Cáncer terminal	"Living with Hope Program"(LWHP) / Atención estándar	Una semana	HHI	Pre prueba y una semana después de la intervención	enfermera
Rustoen et al.(1998)	Noruega	32/23/41	26-78	Varios tipos	Intervención de esperanza y el programa "Learning to Live with Cancer"/AH [§]	8 semanas, una vez a la semana, cada vez 2h	NHS [†]	Dos veces antes, luego dos semanas y finalmente seis meses después de la intervención	Una enfermera de oncología
Jiang et al.(2013)	China	46/44	43±6.09	De mama	El "enfoque centrado en la solución, centrado en la esperanza"/ AH [§] y educación de salud	Una semana	HHI	Pre prueba y una semana después de la intervención	enfermera
Lisbeth et al.(2005)	Australia	20/22	51.3±8.82 56.5±8.72	De mama	Terapia de grupo de construcción personal/AH [§]	8 semanas, una vez a la semana, cada vez 2h	GGCAS ^{**}	Pre prueba y una semana después de la intervención y 12 semanas después	enfermera
Sue Hall et al.(2015)	Gran Bretaña	22/23	64.91±15.96 65.30±17.91	Cáncer avanzado	La intervención de terapia de dignidad más atención estándar / Atención estándar	2 semanas	HHI	Inicio y seguimiento a la semana 1 y 4	Terapeuta

Estudio / Años de publicación	País	Tamaño de la muestra (IG*/CG†)	Edad, años IG* CG†	Diagnóstico de cáncer	Intervenciones (IG*/CG†)	Duración de la intervención	Medidas de resultado	Tiempo de recolección de datos	Proveedores de Intervención
Yao et al.(2015)	China	55/55	53.10±10.7 50.8 ± 11.2	De esófago	Enfermería de empatía/AH [§]	Duración de la estancia hospitalaria	HHI	Prueba previa y post prueba	enfermera
Jin et al.(2010)	China	30/30	58.80±7.85 62.03±8.20	De pulmón	Intervención del comportamiento de la salud /AH [§]	3 semanas de quimioterapia	HHI	El comienzo del primer período de quimioterapia después de la operación, el tercer período quimioterapia	enfermera

*Grupo Intervención, †Grupo Control, ‡The Good Death Inventory, §Atención Habitual, ||Herth Hope Index, ¶Nowotny Hope Scale, **Gottschalk-Gleser Content Analysis

Figura 1 - Características de ensayos controlados aleatorios de participantes e intervenciones. Nantong, provincia de Jiangsu, China, 2016

Estudio / Años de publicación	Generación de Secuencias Aleatorias (sesgo de selección)	Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Cegamiento de participantes y el personal (sesgo de desempeño)	Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección)	Datos de Resultados Incompletos (sesgo de desgaste)	Informes Selectivos (sesgo de notificación)	Otras fuentes de sesgo
Ando et al. (2010)	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	Bajo
Hansen et al. (2009)	Alto	Poco claro	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Bajo
Duggle et al. (2007)	Poco claro	Poco claro	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Bajo
Rustoen et al. (1998)	Poco claro	Poco claro	Alto	Poco claro	Bajo	Bajo	Bajo
Jiang et al. (2013)	Alto	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Bajo	Bajo	Bajo
Lisbeth et al. 2005	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Bajo	Bajo	Bajo
Sue Hall et al. 2015	Bajo	Bajo	Bajo	Poco claro	Alto	Bajo	Bajo
Yao et al. 2015	Bajo	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Bajo	Bajo	Bajo
Jin et al. 2010	Bajo	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Bajo	Bajo	Bajo

Figura 2 - Resumen del riesgo de sesgo de Cochrane. Nantong, provincia de Jiangsu, China, 2016

Intervención de enfermería sobre la esperanza

La figura 3 presenta la eficacia de la intervención de enfermería sobre la esperanza desde el inicio hasta la post prueba, y se estimaron las diferencias entre los grupos de intervención y de control. Los resultados agrupados de los estudios incluidos indicaron que la intervención de enfermería contribuyó a una mejora significativa en la esperanza en comparación con el tratamiento de control. La Figura 4 resume los resultados de la enfermería en la esperanza desde el inicio hasta la cita

de seguimiento. Los resultados agrupados utilizando el modelo de efectos fijos mostraron que las puntuaciones al primer efecto aumentan significativamente entre los grupos después del uso de la intervención de enfermería. Se observó heterogeneidad entre los estudios de post-prueba ($df = 8, P = 0.000; I^2 = 76.1 \%$). Los resultados indicaron heterogeneidad significativa en los nueve estudios seleccionados. La prueba de heterogeneidad no mostró homogeneidad entre los estudios de seguimiento ($df = 8, P = 0.328; I^2 = 12.9 \%$), pero no hay significación estadística.

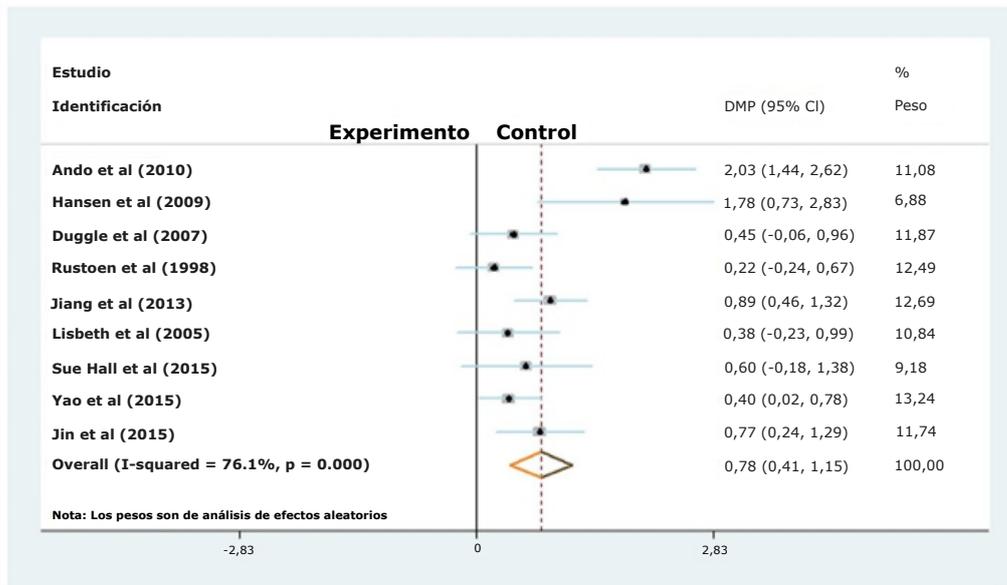


Figura 3 - La eficacia de la intervención de enfermería sobre la esperanza desde el inicio hasta la post-prueba

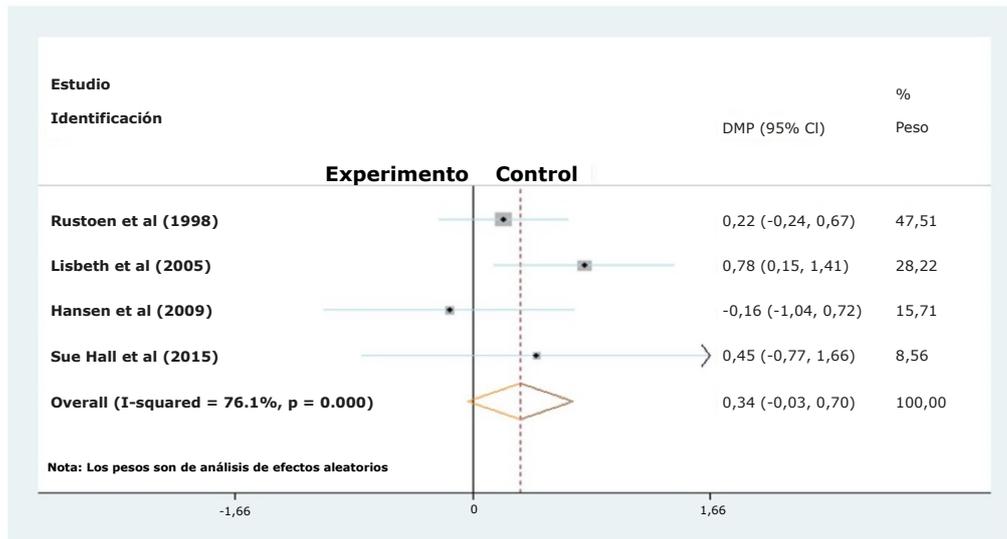


Figura 4 - Los resultados de la enfermería sobre la esperanza desde el inicio hasta la cita de seguimiento.

Análisis de subgrupos

La Tabla 1 presenta los resultados de los análisis de subgrupos de sexo, tipo de cáncer, si la esperanza fue el resultado primario, la calidad de la investigación, el formato de intervención y los proveedores de intervención. En los análisis estratificados, la cantidad de hombres y mujeres fue estadísticamente significativa (SMD= 0.83; 95%CI= 0.35-1.32). Los tamaños del efecto de los estudios en los que la esperanza fue el resultado secundario (SMD= 1.18; 95%CI= 0.29-2.07) fueron estadísticamente significativos. La intervención de enfermería mejoró significativamente la esperanza en las personas con cáncer terminal (SMD= 1.39;

95%CI= 0.25-2.53). En los análisis de subgrupos según el formato de la intervención, el acercamiento individual que implicaba 7 estudios demostró efectos significativos en la esperanza ($I^2=77.6%$, 95%CI=0.49,1.38, $P=0.000$). La terapia de grupo se evaluó en 2 ensayos y no mostró diferencias significativas en la esperanza ($I^2=0.0%$, 95%CI=-0.09,0.64, $P=0.670$). En los análisis de subgrupos realizados según los proveedores de intervención, 6 estudios proporcionados por personal de salud mostraron efectos significativos en la esperanza ($I^2=17.5%$, 95%CI=0.30,0.73, $P=0.300$). Por el contrario, 3 estudios realizados por otros profesionales también indicaron diferencias significativas en la esperanza ($I^2=76.5%$, 95%CI=0.54,2.41, $P=0.014$).

Tabla 1 - Resultados globales y análisis de subgrupos de la intervención de enfermería en la esperanza. Nantong, provincia de Jiangsu, China, 2016

Subgrupos	Nº de estudios	SMD*	95% IC†	I ² %	Valor P
General	9	0.78	0.41-1.15	76.1	0.000
Sexo					
Mujeres	2	0.68	0.19-1.17	43.5	0.183
Hombres y mujeres	7	0.83	0.35-1.32	81.0	0.000
Tipo de cáncer					
Cáncer de mama	2	0.68	0.19-1.17	43.5	0.183
Cáncer de enfermedad terminal	3	1.39	0.25-2.53	88.3	0.000
Otros	4	0.44	0.20-0.69	0.0	0.450
La esperanza como resultado primario					
Si	5	0.54	0.29-0.78	31.7	0.210
No	4	1.18	0.29-2.07	83.3	0.000
Calidad del estudio					
Puntuación > 8	3	1.48	0.54-2.41	76.5	0.014
Puntuación < 8	6	0.52	0.30-0.73	17.5	0.300
Formato de intervención					
Enfoque individual	7	0.93	0.49-1.38	77.6	0.000
Terapia de grupo	2	0.28	-0.09-0.64	0.0	0.670
Proveedores de intervención					
Personal de salud	6	0.52	0.30-0.73	17.5	0.300
otros profesionales	3	1.48	0.54-2.41	76.5	0.014

*SMD - Diferencia media estandarizada, †Intervalo de Confianza, ‡Inconsistencia

Análisis de sensibilidad

Dada la heterogeneidad entre los estudios de nuestro hallazgo, el análisis de sensibilidad se realizó excluyendo cualquier estudio individual y los datos de los estudios restantes fueron escogidos y agrupados. Después de excluir el estudio de puntuación más baja⁽³¹⁾, el resultado no cambió significativamente (SMD= 0.83; 95%CI= 0.42-1.24).

Discusión

Con la creciente presión sobre los cambios emocionales y la necesidad de mejorar la atención en todo el mundo, la intervención de enfermería para aumentar la esperanza es de importancia significativa. La esperanza es el factor psicológico más común después del diagnóstico y es un importante factor que contribuye a la calidad de vida. Sin embargo, la evidencia de los beneficios de las intervenciones de enfermería en la esperanza en pacientes con cáncer rara vez se presenta. Realizamos esta meta análisis incluyendo nueve ensayos controlados aleatorios para evaluar el efecto de la intervención de enfermería en la esperanza en pacientes con cáncer.

En general, los resultados de nuestro estudio indicaron que las intervenciones de enfermería pueden

mejorar significativamente el nivel de esperanza entre los pacientes con cáncer. Se han sugerido comportamientos de cuidado de las enfermeras para mantener y fomentar la esperanza en los pacientes con cáncer. Además, el mecanismo por el cual la intervención de enfermería podría influir en el nivel de esperanza en pacientes con cáncer es que las enfermeras animan a los pacientes con cáncer a construir y reconstruir estrategias apropiadas para aumentar la esperanza. Además, las intervenciones de enfermería pueden ayudar a los pacientes a encontrar sentido y propósito aún con una enfermedad que amenaza la vida, dictar su capacidad para hacer frente a la enfermedad de una manera importante y satisfacer las necesidades de los pacientes con cáncer⁽³⁵⁾.

Según las características clínicas

Según el resultado de los análisis de subgrupos por sexo, ambos hombres y mujeres tuvieron un efecto importante en la esperanza. Al igual que en un estudio, el autor hizo una comparación con la exploración de la relación entre los antecedentes urbanos o rurales y las actitudes de salud de los pacientes recién diagnosticados oncológicos, lo que demostró que los varones obtuvieron puntuaciones significativamente

más altas por creencia⁽³⁶⁾. Es necesario realizar estudios mejor diseñados para verificar su conclusión.

En los análisis de subgrupos por tipo de cáncer, se encontró un nivel significativamente más alto de esperanza en individuos con cáncer terminal frente a otros tipos de cáncer cuando se utilizó la intervención de enfermería. Este efecto no se encontró para 2 desviaciones con pacientes con cáncer de mama y 4 desviaciones con otros tipos de cáncer. El resultado es consistente con el de un estudio en este campo ⁽³⁷⁾. Sin embargo, se necesitarán más ECA sobre diversos tipos de cáncer para confirmar nuestra conclusión.

Según las características de la intervención

El hallazgo de este meta análisis basado en 600 participantes del estudio indicó que la intervención de enfermería tiene una influencia positiva en la esperanza, y los efectos positivos fueron consistentes ya sea después del examen o durante el seguimiento, o en ambos. Las duraciones de las intervenciones para la mayoría de los estudios incluidos en este meta análisis son menos de 8 semanas. Este resultado es relevante. Va en acuerdo con el de los estudios previos de meta análisis. Los investigadores⁽³⁸⁾ apuntaron a identificar que las intervenciones pueden reducir la angustia emocional en los pacientes y sus cuidadores. Basado en 29 ensayos clínicos aleatorios, el autor concluyó que la dosis de las intervenciones es con el número promedio de 6.7 sesiones. Los resultados de nuestro estudio apoyan la hipótesis de que la intervención de enfermería puede aumentar significativamente la esperanza en pacientes con cáncer. Los participantes que han sido expuestos a la intervención desarrollarán creciente sentimiento de la esperanza de que los que no han sido expuestos a cualquier forma de intervención complementaria, además de los servicios regulares y el seguimiento de la atención hospitalaria.

En los análisis de subgrupos según el formato de intervención, los resultados muestran que la terapia individual es mejor que la terapia de grupo en pacientes con cáncer. Incluso si las intervenciones de enfoque grupal fueran efectivas en algunos aspectos, los resultados actuales están de acuerdo con los del meta análisis anterior al concluir que las intervenciones psicosociales que usaban tratamientos individuales (n=4) fueron más efectivas para aumentar el tiempo de supervivencia que la intervención grupal (n=11) ⁽³⁹⁾. Sólo hay dos artículos que usan terapia de grupo lo cual es muy poco. Por lo tanto, en el futuro será esencial un estudio adicional para el formato de intervención.

Implicación para la investigación

Parte de la evidencia sobre la efectividad de la intervención de enfermería en los dominios de la esperanza que se informa en este artículo encuentra apoyo en la literatura ⁽⁴⁰⁾. Sin embargo, existen diferencias al comparar los hallazgos con otras revisiones porque estas incluyeron a personas sanas o poco sanas. Al igual que en otras revisiones, los autores documentaron los efectos positivos de las intervenciones de enfermería en la esperanza. Las variaciones en los hallazgos reportados en las revisiones podrían explicarse por diferencias en los criterios de inclusión, estado del tratamiento, duración de la intervención de enfermería y medidas utilizadas para evaluar la esperanza. Existen varias áreas para futuras investigaciones que pueden mejorar la comprensión de los efectos de las intervenciones de enfermería en la esperanza y también es necesario comprender la frecuencia, duración y formato necesarios de las intervenciones de enfermería para un efecto óptimo y sostenible.

Debido al carácter de la esperanza, es un recurso psicológico dinámico pero multidimensional, la mayoría de los estudiosos tienden a llevar a cabo una investigación cualitativa. Los autores⁽⁴¹⁾ proporcionaron una meta-síntesis de la investigación cualitativa sobre la experiencia de esperanza de las personas mayores con enfermedades crónicas, se incluyeron veinte artículos publicados relevantes. Los resultados indicaron que el concepto de esperanza difiere para los adultos mayores comparado con los adultos más jóvenes cuando están sufriendo. Además, los recursos para la esperanza son tanto internos como externos. Se llevó a cabo otra revisión sistemática sobre las intervenciones psicológicas positivas en el cáncer de mama ⁽⁴²⁾. Basado en 16 estudios que sintetizaron la evidencia sobre las intervenciones psicológicas positivas, el resultado mostró que la esperanza fue de uno a cinco grupos de terapias en la estructuración de la psicología positiva. Los cuidadores familiares (FC) están involucrados en todos los aspectos de la atención al paciente. Para explorar la información sobre los niveles de esperanza de los FC, un reciente estudio transversal encontró que los cuidadores familiares de personas con cáncer avanzado tienen un menor nivel de esperanza asociado con un mayor nivel de tensión del cuidador⁽⁴³⁾. Estos hallazgos sugieren que algunas poblaciones podrían tener prioridad en las intervenciones públicas de salud mental para prevenir la aparición de la desesperanza y las intervenciones deben proporcionarse para aumentar la esperanza.

Esta revisión identificó varios efectos beneficiosos de las intervenciones de enfermería en la esperanza. Además, a medida que la evidencia se acumula, la

investigación será cada vez más precisa al identificar qué tipos de intervenciones de enfermería benefician a los sobrevivientes de cáncer. Mientras tanto, la evidencia actual apoya la traducción de la base de conocimientos acumulada a la práctica. La evidencia reportada en este artículo debe ayudar a informar a los profesionales de la salud, sobrevivientes de cáncer y educadores que las intervenciones de enfermería tienen un efecto beneficioso en la esperanza.

Limitaciones

La mayoría de los estudios incluidos en este meta análisis involucraron a individuos con cáncer de mama y cáncer terminal; están garantizados otros ECA que investigan los efectos beneficiosos de la intervención de enfermería en individuos con diferentes tipos de cáncer sobre la esperanza. Además, sólo un artículo en este meta análisis reveló que la intervención de enfermería mejoró significativamente el nivel de esperanza entre las personas con cáncer antes, durante y después del tratamiento del cáncer. Se sabe que el cáncer es una enfermedad compleja y heterogénea que es conocida por las variaciones globales de etiología, incidencia y manejo⁽⁴⁴⁾. En consecuencia, puede haber cierta cantidad de heterogeneidad clínica a pesar de que no hemos detectado heterogeneidad estadística a través de nuestro estudio. El meta análisis se considera generador de hipótesis y no se realiza para probar una hipótesis o establecer un estándar de atención⁽⁴⁵⁾. Además, el meta análisis es un estudio secundario que se basa en estudios primarios y algunos sesgos son inevitables⁽⁴⁶⁾. En cuarto lugar, la calidad del meta análisis depende de la calidad y comparabilidad de la información de los estudios primarios. Si se dispusiera de información individual, debería realizarse un análisis más preciso, como el meta análisis de datos de pacientes individuales, en lugar del meta análisis convencional. Este es un gran proyecto y necesita que los autores de todos los artículos publicados compartan sus datos. En quinto lugar, dado que la desesperanza es muy prevalente entre los pacientes con cáncer, se debe hacer mayor énfasis en el establecimiento de programas de enfermería que aumenten el acceso a la atención de salud mental, así como para los pacientes en diferentes etapas de su enfermedad y trayectoria de tratamiento.

Conclusiones

La evidencia de este estudio indica que las intervenciones de enfermería son sin duda estrategias útiles para aumentar la esperanza frente al cáncer. Los proveedores de atención de salud deben transmitir la eficacia de las intervenciones de enfermería a las

personas con cáncer que se enfrentan a problemas de desesperanza. Además, los análisis estratificados sugirieron que los pacientes con cáncer en fase terminal tuvieron un IC significativamente mayor de nivel de esperanza total que cualquier otro cáncer. Los estudios siguientes deberían centrarse en poblaciones específicas. Sin embargo, se observa que se necesitan más ensayo controlado aleatorizado de alta calidad para confirmarlo.

Referencias

1. Duggleby W, Williams A, Wright K, Bollinger S. Renewing everyday hope: the hope experience of family caregivers of persons with dementia. *Issues Ment Health Nurs*. 2009; 30(8):514-21. doi: <https://doi.org/10.1080/01612840802641727>
2. Rustøen T, Wiklund I, Hanestad BR, Moum T. Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nurs*. 1998; 21(4):235-45. doi: <https://doi.org/10.1097/00002820-199808000-00003>
3. Tokem Y, Ozcelik H, Cicik A. Examination of the Relationship Between Hopelessness Levels and Coping Strategies Among the Family Caregivers of Patients with Cancer. *Cancer Nurs*. 2015; 38(4):E28-34. doi: <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000189>
4. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs*. 1992; 17(10):1251-9. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>
5. Rustøen T, Cooper BA, Miaskowski C. A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patients. *Eur J Oncol Nurs*. 2011; 15(4):351-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.09.001>
6. Ho SM, Ho JW, Pau BK, Hui BP, Wong RS, Chu AT. Hope-based intervention for individuals susceptible to colorectal cancer: a pilot study. *Fam Cancer*. 2012; 11(4):545-51. doi: <https://doi.org/10.1007/s10689-012-9545-3>
7. Stein KD, Syrjala KL, Andrykowski MA. Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer*. 2008; 112(11 Suppl):2577-92. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.23448>
8. Utne I, Miaskowski C, Bjordal K, Paul SM, Rustoen T. The relationships between mood disturbances and pain, hope, and quality of life in hospitalized cancer patients with pain on regularly scheduled opioid analgesic. *J Palliat Med*. 2010; 13(3):311-8. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0294>
9. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res*. 2008; 27:32. doi: <https://doi.org/10.1186/1756-9966-27-32>

10. Berendes D, Keefe FJ, Somers TJ, Kothadia SM, Porter LS, Cheavens JS. Hope in the context of lung cancer: relationships of hope to symptoms and psychological distress. *J Pain Symptom Manage.* 2010; 40(2):174-82. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.01.014>
11. Öztunç G, Yeşil P, Paydaş S, Erdoğan S. Social support and hopelessness in patients with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013; 14(1):571-8. doi: <https://doi.org/10.7314/apjcp.2013.14.1.571>
12. Duggleby W, Wright K. Transforming hope: how elderly palliative patients live with hope. *Can J Nurs Res.* [Internet]. 2009 Mar [cited Apr 14, 2016];41(1):204-17. Available from: <http://www.ingentaconnect.com/content/mcgill/cjnr/2005/00000037/00000002/art00006.pdf>
13. Thornton LM, Cheavens JS, Heitzmann CA, Dorfman CS, Wu SM, Andersen BL. Test of mindfulness and hope components in a psychological intervention for women with cancer recurrence. *J Consult Clin Psychol.* 2014; 82(6):1087-100. doi: <https://doi.org/10.1037/a0036959>
14. Wall LM. Changes in hope and power in lung cancer patients who exercise. *Nurs Sci Q.* 2000; 13(3):234-42. doi: <https://doi.org/10.1177/08943180022107627>
15. Boucher J. Telephone intervention: hope for cancer patients. Amherst: University of Massachusetts. [Internet]. 2002. [cited Apr 20, 2016]. Available from: <http://pqdt.lib.sjtu.edu.cn/Fulltext.ashx?pid=dhCjBbPQtuw%3d&t=view&countAbs=0.pdf>
16. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Int J Surg.* 2010; 8(5):336-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2010.02.007>
17. Solano JP, da Silva AG, Soares IA, Ashmawi HA, Vieira JE. Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients. *BMC Palliat Care.* 2016; 15:70. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0139-y>
18. Herth K. Development and refinement of an instrument to measure hope. *Sch Inq Nurs Pract.* [Internet]. 1991 Spring [cited Apr 26, 2016];5(1):39-51; discussion 53-6. Available from: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1997-70717-001.pdf>
19. Duggleby WD, Williams A, Holstlander L, Thomas R, Cooper D, Hallstrom LK, et al. Hope of rural women caregivers of persons with advanced cancer: guilt, self-efficacy and mental health. *Rural Remote Health.* [Internet]. 2014 Mar 3 [cited May 12, 2016];14:2561. Available from: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=2561.pdf>
20. Wang Y. Study on feasibility of Chinese version of Herth hope index for cancer patients. *Chinese Nursing Research.* 2010; 24(1):20-21. doi: <https://chinadoi.org/10.3969/j.issn.1009-6493.2010.01.008>
21. Higgins JPT, Green S (Eds). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration. [Internet]. 2011 Mar 20 [cited May 21, 2016];14:2561. Available from: <http://www.cochrane-handbook.org.pdf>
22. Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ.* 2003; 327(7414):557-60. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.557>
23. Higgins JP, Thompson SG. Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Stat Med.* 2002; 21(11):1539-58. doi: <https://doi.org/10.1002/sim.1186>
24. Huang HP, He M. Usefulness of chewing gum for recovering intestinal function after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2015; 54(2):116-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2014.10.004>
25. Begg CB, Mazumdar M. Operating characteristics of a rank correlation test for publication bias. *Biometrics.* 1994; 50(4):1088-101. doi: <https://doi.org/10.2307/2533446>
26. Egger M, Smith GD. Bias in location and selection of studies. *BMJ.* [Internet]. 1998 Jan 3 [cited May 28, 2016];316(7124):61-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2665334/pdf/9451274.pdf>
27. Ando M, Morita T, Akechi T, Okamoto T, Japanese Task Force for Spiritual Care. Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2010; 39(6):993-1002. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.320>
28. Hansen MJ, Enright RD, Baskin TW, Klatt J. A palliative care intervention in forgiveness therapy for elderly terminally ill cancer patients. *J Palliat Care.* [Internet]. 2009 Spring [cited May 28, 2016];25(1):51-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19445342.pdf>
29. Duggleby WD, Degner L, Williams A, Wright K, Cooper D, Popkin D, et al. Living with hope: initial evaluation of a psychosocial hope intervention for older palliative home care patients. *J Pain Symptom Manage.* 2007; 33(3):247-57. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.013>
30. Jiang Zi-fang. The intervention to improve the hope level of breast cancer patients by "Solution focused approach". Zhejiang University. [Internet]. 2013 [cited Jun 3, 2016]. Available from: http://222.192.60.12/D/Thesis_y2420861.aspx.pdf
31. Lane LG, Viney LL. The effects of personal construct group therapy on breast cancer survivors. *J Consult Clin Psychol.* 2005; 73(2):284-92. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.2.284>
32. Hall S, Goddard C, Opio D, Speck PW, Martin P, Higginson IJ. A novel approach to enhancing hope in patients with advanced cancer: a randomised phase II trial of dignity therapy. *BMJ Support Palliat Care.*

- 2011; 1(3):315-21. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000054>
33. Yao Aiyong, Xu Zhenzhen. Empathy nursing on level of hope and the subjective well-being in patients with esophageal cancer. *Chinese J Modern Nurs*. 2015; 21(4):397-400. doi: <https://chinadoi.org/10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2015.04.008>
34. Jin Yubin, Xiu Xiaoqing, Chen Xudong. Influence of health behavior intervention on coping strategy and level of hope in lung cancer patients with chemotherapy. *Chinese J Practical Nurs*. 2010; 26(20):17-19. doi: <https://chinadoi.org/10.3760/cma.j.issn.1672-7088.2010.07.046>
35. Chu-Hui-Lin Chi G. The role of hope in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2007; 34(2):415. doi: <https://doi.org/10.1188/07.onf.415-424>
36. Northouse LL, Katapodi MC, Song L, Zhang L, Mood DW. Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials. *CA Cancer J Clin*. 2010; 60(5):317-39. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.20081>
37. Holt J. A Systematic Review of the Congruence Between People's Needs and Nurses' Interventions for Supporting Hope. *Online J Knowl Synth Nurs*. 2001; 8(1):9-18. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1524-475x.2001.00009.x>
38. Howat A, Veitch C, Cairns W. A descriptive study comparing health attitudes of urban and rural oncology patients. *Rural Remote Health*. [Internet]. 2006 Oct/Dec [cited Jun 15, 2016];6(4):563. Available from: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=563.pdf>
39. Buckley J, Herth K. Fostering hope in terminally ill patients. *Nurs Stand*. 2004; 19(10):33-41. doi: <https://doi.org/10.7748/ns.19.10.33.s56>
40. Oh PJ, Shin SR, Ahn HS, Kim HJ. Meta-analysis of psychosocial interventions on survival time in patients with cancer. *Psychol Health*. 2016; 31(4):396-419. doi: <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1111370>
41. Duggleby W, Hicks D, Nekolaichuk C, Holtslander L, Williams A, Chambers T, et al. Hope, older adults, and chronic illness: a metasynthesis of qualitative research. *J Adv Nurs*. 2012; 68(6):1211-23. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05919.x>
42. Casellas-Grau A, Font A, Vives J. Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psychooncology*. 2014; 23(1):9-19. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.3353>
43. Lohne V, Miaskowski C, Rustøen T. The relationship between hope and caregiver strain in family caregivers of patients with advanced cancer. *Cancer Nurs*. 2012; 35(2):99-105. doi: <https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e31821e9a02>
44. Shah MA, Ajani JA. Gastric cancer--an enigmatic and heterogeneous disease. *JAMA*. 2010; 303(17):1753-4. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2010.553>
45. Hennekens CH, Demets D. The need for large-scale randomized evidence without undue emphasis on small trials, meta-analyses, or subgroup analyses. *JAMA*. 2009; 302(21):2361-2. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1756>
46. Zeng X, Zhang Y, Kwong JS, Zhang C, Li S, Sun F, et al. The methodological quality assessment tools for preclinical and clinical studies, systematic review and meta-analysis, and clinical practice guideline: a systematic review. *J Evid Based Med*. 2015; 8(1):2-10. doi: <https://doi.org/10.1111/jebm.12141>

Recibido: 04.12.2016

Aceptado: 04.07.2017

Correspondencia:
Yu-Jie Guo
Nantong University. School of Nursing.
19, Qixiu Rd
CEP: 226001, Nantong, Jiangsu, China
E-mail: 570068767@qq.com

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.