

---

## VALORACIÓN HOLÍSTICA DEL DOLOR EN PACIENTES TERMINALES INGRESADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER DE MURCIA

ESTER ARREDONDO SÁNCHEZ

Servicio Murciano de Salud  
Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia  
[ester686@hotmail.com](mailto:ester686@hotmail.com)

MARÍA DE LA PAZ GUILLERMO GIMÉNEZ

Servicio Murciano de Salud  
[mpazguillermo@hotmail.com](mailto:mpazguillermo@hotmail.com)

MARÍA DOLORES NAVARRO GUILLAMÓN

Servicio Murciano de Salud  
Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia  
[salvinia2001@yahoo.es](mailto:salvinia2001@yahoo.es)

ANA BELÉN SÁNCHEZ-GARCÍA

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia  
Profesora Asociada de Enfermería  
Universidad de Murcia  
[abs2@um.es](mailto:abs2@um.es)

MARÍA JOSÉ TORRALBA MADRID

Profesora de Enfermería  
Universidad de Murcia  
[mjtorral@um.es](mailto:mjtorral@um.es)

---

**RESUMEN:** El dolor es una sensación, una experiencia personal desagradable, un síntoma que nos alerta del posible mal funcionamiento de nuestro organismo. El dolor es siempre subjetivo, muchas personas se quejan de dolores en ausencia de una causa fisiopatológica que los justifique. Es aquí donde intervienen los componentes afectivo, cognitivo y sociocultural del dolor.

En nuestro estudio, tratamos con pacientes en estado terminal. Los objetivos que debe plantearse cualquier profesional que trabaje en el cuidado de estas personas son: la preservación de la dignidad del paciente, el apoyo emocional y el control de los síntomas. Entre ellos, el dolor muestra una prevalencia altísima. Es por ello fundamental un buen control del mismo para el cumplimiento de los objetivos primordiales.

En este trabajo, pretendemos analizar y evaluar el dolor de los pacientes en estado terminal en algún aspecto de sus dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual. Para ello, realizamos semanalmente entrevistas, contando con

una muestra de 16 pacientes en estado terminal hospitalizados en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Morales Meseguer.

Los resultados finales del test de Lattinen muestran la necesidad de actuaciones dirigidas a disminuir el dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes en estado terminal. Los estudios muestran una alta prevalencia e intensidad del dolor en este tipo de enfermos a pesar de una ingesta de analgésicos elevada. La calidad del sueño es deficitaria. La gran mayoría de los enfermos no valoran necesaria la ayuda psicológica ni religiosa. Sin embargo, casi todos los enfermos cuentan con familiares que les apoyan y ayudan a sobrellevar su enfermedad y situación terminal.

**PALABRAS CLAVE:** enfermos terminales, dolor, test de Lattinen, enfermedad.

**ABSTRACT:** Pain is a feeling, an unpleasant personal experience, a symptom that alerts us about a potential malfunctioning of our organism. Pain is always subjective: many people complain about pain in the absence of physio pathological reasons that would explain it. That is where the affective, cognitive, and socio-cultural dimensions of pain come into play.

Our research work studies terminally ill patients. Any health professional caring for these patients must consider the following objectives: the preservation of the patient's dignity, the provision of emotional support, and the control of the patient's symptoms. Among the latter, pain shows an extraordinary prevalence, which is why controlling pain satisfactorily, becomes essential to comply with the aforementioned fundamental objectives.

In the present paper we set out to evaluate pain in terminally ill patients. We will analyze it in some aspects of its biological, psychological, social, and spiritual dimensions. With that goal in mind, we conducted weekly surveys to a sample of 16 terminally ill patients hospitalized in the Palliative Care Unit in Morales Meseguer Hospital.

The results obtained from Lattinen's test show the need for additional action directed towards the alleviation of pain and the enhancement of the quality of life for terminally ill patients. Multiple studies show the high prevalence and intensity of pain experienced by this kind of patients even in the presence of high intakes of analgesics. In addition to that, the quality of their sleep is often far from adequate. The vast majority of them do not miss any kind of psychological or religious assistance. Finally, almost all of them have relatives that support and assist them throughout their terminal phase.

**KEYWORDS:** terminally ill patients, pain, Lattinen's test, illness.

---

**SUMARIO:** I. INTRODUCCIÓN - I.1 Evolución histórica del dolor: Conceptos - I.2 Definición de dolor - I.3 Dimensiones del dolor - I.4 Escalas de medidas disponibles - I.5 Definición de enfermedad terminal - II. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS - III. MATERIAL Y MÉTODOS - III.1 Diseño utilizado - III.2 Ámbito y participantes - III.3 Obtención de la muestra y criterios de inclusión-exclusión - IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN - IV.1 Distribución por edades, sexo y presencia de proceso oncológico - IV.2 Frecuencia de presentación del dolor - IV.3 Intensidad del dolor - IV.4 Frecuencia de administración de analgésicos - IV.5 Grado de incapacidad causado por el dolor - IV.6 Calidad del sueño - IV.7 Asistencia religiosa/espiritualidad - IV.8 Asistencia psicológica y motivos - IV.9 apoyos familiares - IV.10 Test de Lattinen - V. CONCLUSIONES - VI. ANEXOS - VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

## I. INTRODUCCIÓN

### *I.1 Evolución histórica del dolor: Conceptos*

El dolor es un síntoma tan viejo como la propia humanidad y ha formado parte inseparable de ésta, iniciándose la lucha contra él con la misma medicina (Baños y Bosch, 1995). La historia del hombre es, de algún modo, la historia del dolor. Es, por tanto, una vivencia consustancial a la propia existencia del ser humano, independiente de cualquier otro atributo o condición de la persona: edad, sexo, situación social o económica; incluso del momento histórico. Tanto el hombre primitivo, como hoy nosotros mismos, sentimos dolor, lo tenemos e intentamos evitarlo enfrentándonos a él con todos los medios disponibles. Habrá cambiado la forma de abordarlo, de entenderlo, pero no su presencia junto al hombre, invariable, a lo largo de la historia de la humanidad (1).



Hasta finales del siglo XIX la concepción que se tenía del dolor estuvo íntimamente ligada a factores culturales, religiosos y filosóficos (2). En las sociedades primitivas, el dolor producido por una enfermedad interna, tenía un significado místico y religioso, atribuible a la infracción de un tabú, un hechizo, la pérdida del alma, una intrusión maligna de un cuerpo extraño o la posesión por un espíritu maligno. Casi en todas las culturas primitivas, el dolor constituye uno de los pilares más importantes, considerando la capacidad de soportar el dolor un signo de madurez, coraje y disciplina. Las civilizaciones mesopotámicas entendieron el dolor como un castigo de los dioses. Los hebreos asociaban el dolor a pecado. En el Antiguo Egipto, el dolor era causado por la entrada de los espíritus de la muerte en el individuo. Para la medicina tradicional hindú, el dolor y la enfermedad están provocados por flechas disparadas por los dioses o por un agotamiento espiritual y material inducido por el pecado. En la antigüedad clásica se busca por primera vez, en otra parte que no fuera el mito, la religión o la tradición, el principio de las cosas; según Pitágoras, el dolor y el sufrimiento eran necesarios para el desarrollo del autocontrol y la disciplina; para Aristóteles, el dolor afecta no solo al cuerpo, sino también al espíritu, “altera y destruye la naturaleza de la persona que lo padece”, también es en el corazón donde residen las sensaciones; para Galeno, el dolor tenía la finalidad inmediata de advertir y proteger, el centro de la sensibilidad era el cerebro, siendo el dolor una sensación molesta que es captada por todos los sentidos y que puede llevar a la extenuación física y moral; para Herófilo y Erasítrato, el cerebro era el centro de las sensaciones y el origen de la médula espinal y de los nervios. Para el cristiano medieval, el dolor era grato a Dios, puesto que es entendido como una imitación del sufrimiento de Cristo en la cruz y una prueba que hay que superar para obtener la gracia y alcanzar la verdad eterna, también se considera al dolor como castigo enviado por Dios ante los pecados del hombre. En el renacimiento persiste el concepto religioso de que el dolor es grato a Dios; para Leonardo da Vinci, la sensación dolorosa se relaciona exclusivamente con la sensibilidad táctil y considera que es transmitida por los nervios y la médula espinal hasta el centro de la sensación, localizado en el tercer ventrículo. En el Barroco, Descartes plantea por primera vez la cuestión de saber cómo se produce el dolor, describe el dolor como una percepción del alma, los estímulos sensoriales se transmiten mediante espíritus naturales, que son una especie de viento o llama sutil proveniente de la sangre. Descartes considera que la función del dolor es advertir de que algo va mal y que tratarlo es interferir con esta función, lo que aparte de peligroso, dificulta el diagnóstico. En la Ilustración, como en siglos anteriores, siguieron conviviendo las teorías galénica y aristotélica; se da gran importancia al estudio de la localización, extensión, irradiación y ritmo del dolor; se desarrolla la anatomía patológica y se considera el dolor como un sexto sentido encargado de velar por la integridad del organismo, el dolor se convierte así en algo imprescindible y su eliminación supone empeorar los resultados de determinadas intervenciones. Los años finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, se caracterizan por la transición hacia una medicina moderna y publicación de memorias sobre el dolor (3).

Desde principios del siglo XIX y con cada nuevo descubrimiento, el dolor pierde parte de sus connotaciones místicas y religiosas y se convierte cada vez más en un fenómeno biológico, reemplazando la concepción unidimensional para contar con los aspectos emocionales, cognitivos y sociales del dolor. Posteriormente, se identifican una serie de estructuras en la dermis que abren la era de la investigación en la disociación de las sensaciones y que permiten una base anatómica a la noción de la especialización. Con los trabajos de Muller y de Beau se pasó de considerar la médula espinal como un simple punto de convergencia de los diferentes nervios a ser un centro nervioso completo capaz de modificar la transmisión de las sensaciones; con este papel de centro nervioso, la médula espinal pasa a ser más



exhaustivamente investigada. A principios del siglo XX había sido aceptada la existencia de receptores periféricos específicos para las distintas sensaciones, aunque la existencia de receptores para el dolor no había sido adoptada definitivamente. Sherrington, basándose en un cuidadoso estudio del sistema nervioso enfocado en el mecanismo de nocicepción en particular, dio al concepto de la “utilidad del dolor” un fundamento teórico del que previamente había carecido, situando el dolor en la cima de la jerarquía de los medios de defensa. Walter B. Cannon considera que la sensación del dolor no es únicamente un conjunto de respuestas orgánicas, sino que están involucrados factores sensoriales, emocionales y psicológicos. En el siglo XX, tiene lugar una exaltación del dolor que tuvo una gran repercusión social, considerada una “tendencia dolorista”, en la cual, el dolor es un medio de autodescubrimiento, un camino para entender la verdad básica en relación a uno mismo, un medio de purificación y liberación del individuo de las ataduras terrestres que podría hacerle más compasivo hacia los demás. A principios de este siglo, aun la Iglesia católica sigue manifestando que el sufrimiento soportado con paciencia siempre se ha considerado una de las mayores riquezas de la iglesia. La “tendencia dolorista” persiste y en 1996 podíamos leer: “el dolor transmite, a la persona que lo sufre, un mayor saber y conocimiento, le abre y da mayor amplitud a la mente”. En la actualidad, se reemplaza la vieja concepción unidimensional del dolor, para pasar al modelo multidimensional que aúna los aspectos fisiológicos, emocionales, cognitivos y sociales del dolor. El dolor no es ya un simple, estático y universal código de impulsos nerviosos, sino una experiencia que cambia continuamente y que depende de la cultura, la historia y la conciencia individual. La invención de las clínicas del dolor multidisciplinarias supone un espectacular avance en el conocimiento del dolor. A Bonica, considerado casi universalmente el padre del movimiento del dolor clínico, le corresponde el mérito de haber desarrollado el concepto y la puesta en práctica de un enfoque multidisciplinario para el alivio del dolor, el inicio del primer centro del dolor multidisciplinario moderno, los esfuerzos continuos por expandir estas actividades durante años y la formación de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) (4).

En la actualidad, la mejora en las condiciones de vida, con las pirámides poblacionales envejecidas, incide sobre las circunstancias de que todos seremos no solo mortales, lo que ya sabíamos desde antiguo, sino también dependientes. La distinción entre el enfermo desahuciado, el enfermo crónico, el enfermo terminal o el enfermo incurable atañe a la nueva ciencia geriátrica, pero también a la economía y a la demografía. Mientras tanto, algunas expresiones, como “calidad de vida”, “confianza”, o “dignidad”, se agolpan en los medios y se pregonan en los centros de investigación, ligadas sobre todo al tratamiento del cáncer terminal. En todos los casos señalados, la dimensión temporal del dolor, su acotación y no meramente su intensidad, constituye uno de los aspectos cruciales sobre los que descansan las nuevas formas de objetivación de la experiencia o, para decirlo con las palabras de Nietzsche, las manifestaciones culturales de nuestros afectos (5). El logro más trascendental ha sido humanizar e individualizar el cuidado de las personas con dolor, personalizando las enfermedades y los diagnósticos, individualizando los pacientes y sus diferentes patologías (6).

## ***1.2 Definición del dolor***

El dolor es definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) como una sensación y una experiencia emocional desagradable asociada con un real o potencial daño tisular, o que se describe en relación a tal daño. Como notas adicionales y a veces indebidamente obviadas, se añaden que la incapacidad para comunicarlo verbalmente niega la posibilidad de que un individuo experimente dolor ni de que necesite un tratamiento



adecuado. Sigue indicando que el dolor es siempre subjetivo y que cada individuo aprende la aplicación de las palabras relacionadas con el daño en épocas tempranas de la vida. Muchas personas informan de dolores en ausencia de daños titulares o cualquier otra causa patofisiológica: habitualmente esto sucede por razones psicológicas, lo cual debe ser aceptado como dolor (IASP, 2005). Como se deriva de esta definición, el dolor es subjetivo y una experiencia compleja por varios motivos. Por un lado porque implica una amplia variedad de reacciones y procesos psicológicos, especialmente cuando es crónico (generalmente en las definiciones aparece descrito como aquél de una duración superior a seis meses, aunque en la práctica suele ser evaluado por años) y que puede aparecer sin daños titulares asociados o que lo justifiquen biológicamente, lo cual favorece que el paciente sea incomprendido desde el punto de vista sanitario e incluso social y familiarmente (7).

Contrariamente a lo que opinan algunos filósofos y teólogos, el dolor crónico raras veces dignifica o ennoblece, sino que suele ser destructivo y empobrecedor para el ser humano, que se aísla y se focaliza en su dolencia hasta la obsesión, el catastrofismo y el terror a que vuelva a atacarle el dolor, vivido como evento traumático que puede tener importantes repercusiones negativas sobre la vida cotidiana del paciente y de sus familiares. Aunque la enfermedad y la muerte forman parte de la vida de las personas, el dolor crónico carece de sentido, a diferencia del sufrimiento y el malestar que sí pueden ser afrontados con dignidad, inteligencia y valor, al servicio del aprendizaje y el crecimiento psicológico (8).

### ***L3 Dimensiones del dolor***

El dolor es el síntoma en el que, con mayor nitidez, es posible delimitar sus componentes (1):

- 1. El Componente Afectivo** de los síntomas es, quizás, el factor modulador más importante. El control de la afectividad es capaz de modificar la percepción y facilitar la adaptación al síntoma. Por ello, es primordial el tratamiento de los cuadros de ansiedad y/o depresión que acompañan casi constantemente al dolor.
- 2. El Componente Sensorial** se refiere a cómo percibe el paciente el síntoma, con qué características de intensidad, patrón y calidad. Es el componente perceptivo. Hay personas que pueden tolerar mejor un dolor continuo que la presencia de agudizaciones severas o viceversa. No es lo mismo un dolor que permite el descanso en cama, que el que no lo permite. O el que sólo aparece con determinados movimientos, que el dolor constante. No se percibe igual un dolor quemante o urente que un dolor sordo o un dolor cólico...etc.
- 3. El Componente cognitivo** es otra variable a considerar. El significado del dolor, el sufrimiento o la muerte varía de unas culturas a otras, la religiosidad y las creencias pueden ser de gran ayuda, modulando estas vivencias; tanto facilitando su afrontamiento, en unos casos, como dificultándolo en otros.
- 4. El Componente sociocultural** es también influyente. El nivel social y cultural influye en la forma de enfrentarse a esta situación. Los medios de tratamiento a los que se tiene acceso o la actitud frente a determinados tratamiento pueden verse influidas por estos aspectos. Al fin y al cabo, y desde cualquier perspectiva de análisis, el dolor es un fenómeno indeseable porque altera y condiciona nuestra actividad personal. Limita nuestra libertad, esclavizándonos e impidiendo el desarrollo de nuestro propio proyecto



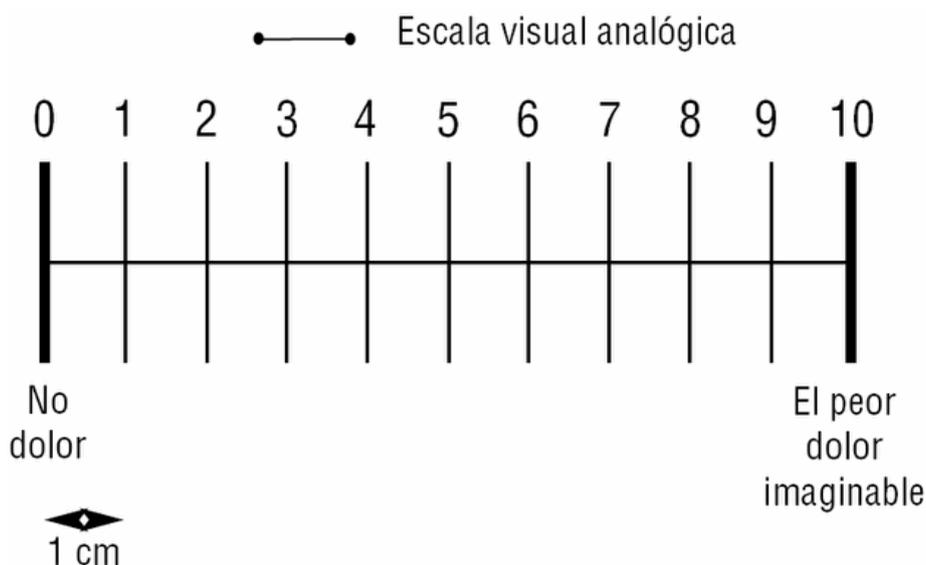
vital. Una de las instituciones sociales, la más significativa en el desarrollo humano, es la familia. Una de las funciones esenciales que ejerce la familia es la estabilidad psíquica y afectiva de los adultos. Existe una asociación y cooperación entre sus miembros, cada uno de ellos se identifica como miembro del grupo, en una solidaridad mutua. Además de cumplir las características de grupo de pertenencia, también cumple las de grupo de referencia, aportando modelos, ideales, valores a seguir, etc. El antropólogo Mendez E.L. llega a afirmar que tanto desde el punto de vista de diagnóstico, como del tratamiento, hay que tratar a la persona conjuntamente con sus sistemas relacionales. Pues con más razón habrá que tener esto presente, cuando tratemos a enfermos terminales (9).

La propia experiencia de Cicely le ha enseñado que el dolor no es solo físico: también lo es emocional, social y espiritual (10).

#### **I.4 Escalas de medidas disponibles**

Aunque el dolor es un fenómeno perceptivo multidimensional que integra factores biológicos y psicosociales, las relativas contribuciones de estos factores en la experiencia del dolor no han sido suficientemente estudiadas (8).

Dentro de las herramientas disponibles para valorar la dimensión física del dolor encontramos la escala visual analógica:



Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso (11). Esta escala es usada en el Hospital Morales Meseguer para valoración del dolor en los pacientes.

Otra escala de valoración que conjuga factores físicos y psicológicos, usada con frecuencia en las clínicas del dolor y que utilizo en mi trabajo es el test de Lattinen:



**Test de Lattinen:**

Fecha	Día, mes, año	
Intensidad del dolor	Ligero	1
	Molesto	2
	Intenso	3
	Insoportable	4
Frecuencia del dolor	Raramente	1
	Frecuente	2
	Muy frecuente	3
	Continuo	4
Consumo de analgésicos	Ocasionalmente	1
	Regular y pocos	2
	Regular y muchos	3
	Muchísimos	4
Incapacidad	Ligera	1
	Moderada	2
	Ayuda necesaria	3
	Total	4
Horas de sueño	Normal	0
	Despierta alguna vez	1
	Despierta varias veces	2
	Insomnio	3
	Sedantes	+1
TOTAL	VALOR INDICATIVO	

*Lattinen*

Conjuga varios parámetros: intensidad subjetiva del dolor, frecuencia de presentación, consumo de analgésicos, discapacidad causada por el dolor, influencia del dolor sobre el reposo nocturno. La valoración se obtiene por la suma de la puntuación asignada a cada uno de los cinco grupos de cuatro preguntas. La puntuación máxima es de 20 puntos (12).

Para la evaluación de variables psicosociales asociadas al dolor crónico, se puede utilizar el Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven- Yale:

ÁREAS	ESCALAS
<b>Experiencia del dolor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interferencia del dolor.</li> <li>• Control sobre la propia vida.</li> <li>• Severidad del dolor.</li> <li>• Afecto negativo.</li> <li>• Apoyo social.</li> </ul>
<b>Respuesta de las personas próximas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de respuestas de castigo.</li> <li>• Frecuencia de respuestas solícitas.</li> <li>• Frecuencia de respuestas de distracción.</li> </ul>
<b>Participación en actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tareas domésticas.</li> <li>• Actividades manuales en el hogar.</li> <li>• Actividades fuera del hogar.</li> <li>• Actividades sociales.</li> </ul>



Cuenta 52 ítems agrupados en 12 escalas, que se distribuyen a su vez en tres partes: dimensiones de la experiencia de dolor, respuesta de las personas próximas y participación de la persona en diferentes actividades (13).

Otros instrumentos para la evaluación psicológica son: cuestionario Vanderbilt, CSQ, CAD, locus- control. Otros métodos de valoración: escala de Campbell, cuestionario de dolor de Mc. Gill, tarjeta memorial de evaluación del dolor, diario del dolor, perfil de las consecuencias de la enfermedad, perfil de salud de Nottingham, láminas COOP- WONCA, cuestionario de salud SF- 36. (12).

### ***I.5 Definición de enfermedad terminal***

En la situación de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no sólo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica.

Los elementos fundamentales son (14):

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Esta situación compleja produce una gran demanda de atención y de soporte, a la que debemos responder adecuadamente.

## **II. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS**

---

El control de los síntomas resulta fundamental. El médico debe saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los numerosos síntomas que aparecen y que inciden directamente sobre el bienestar de los enfermos en situación terminal. Hay que recordar que en ocasiones no se puede tratar un síntoma adecuadamente, entonces hay que procurar la adaptación del enfermo a ellos. Entre los síntomas, el tratamiento del dolor es algo fundamental (15).

Un médico no está obligado ética ni legalmente a preservar una vida “a toda costa” cuando se trata con enfermos en fase terminal. El objetivo principal para estos enfermos es hacer que su vida sea lo más confortable posible e intentar que siga teniendo sentido hasta el final. No se debe pretender “curar a toda costa”, ya que las patologías que afectan a este tipo de enfermos son incurables. En consecuencia, debemos dejar que “la naturaleza siga su curso” (16). En el acercamiento al enfermo terminal, los tres objetivos fundamentales (Cox, 1987) son la preservación de la dignidad del paciente, el apoyo emocional y el control de los síntomas. Por lo que se refiere al control de síntomas, con el dolor en primera línea de preocupación, nadie pone en duda que sea imprescindible y uno de los objetivos esenciales en el abordaje asistencial (17). Para darnos cuenta de la importancia del dolor en este tipo de pacientes podemos acudir a



estadísticas realizadas donde  $\frac{3}{4}$  de pacientes en estado terminal experimentan dolor,  $\frac{1}{4}$  de ellos no lo experimentan (16).

Atendiendo a la dimensión psicológica del dolor, la evaluación psicológica de estos enfermos es esencial, ya que los factores psicológicos influyen en la intensidad del dolor, por tanto, la evaluación psicosocial es siempre muy importante. La habilidad para facilitar que el enfermo exprese sus temores y ansiedad es crucial para asegurar el buen manejo del dolor en estos pacientes. En algunos pacientes, la ayuda de un psicólogo puede ser necesaria, ya que usan el dolor físico para expresar las emociones negativas que, de otra manera, no serían capaces de mostrar (somatización) (16).

Atendiendo a la dimensión espiritual, podemos afirmar la importancia de la misma para la evaluación del dolor en pacientes terminales. Cuando la Dra. Cicely Saunders planteó en los años 60 las bases de la atención paliativa, señaló a toda la comunidad médica la necesidad de atender la dimensión espiritual del paciente en situación terminal. Hoy sabemos que el fracaso en atender las necesidades espirituales de los pacientes puede llevar a una fuente de sufrimiento adicional manifestada por sentimientos de fragmentación interna, intolerancia al dolor, desesperación y angustia. Los sacerdotes y otros ministros religiosos pueden ofrecer una ayuda crítica en esta área, pero los otros cuidadores, a menudo llamados por los pacientes y las familias, son también responsables. El acompañamiento espiritual significa a menudo hacer de testimonios, facilitar y validar la búsqueda de trascendencia y legitimizar y ayudar a interpretar la reminiscencia de la propia vida. Estar presentes allí es una ayuda para ellos pero un honor para nosotros. Esta responsabilidad interpela también a nuestra propia espiritualidad. Si los profesionales no tenemos atendidas nuestras propias necesidades espirituales, si no conocemos la cartografía de nuestro propio mundo interior existencial, difícilmente tendremos la sensibilidad para acompañar a otros en este camino y podemos caer en una actitud de resistencia como no tolerar su sufrimiento, inhibir su expresión emocional, negar sus creencias o hacer proselitismo (Atting, 1983). Si no atendemos nuestra propia espiritualidad y la nutrimos tendremos poco que ofrecer a las personas que viven el sufrimiento de afrontar estas luchas internas ante la propia muerte (9).

Por todo esto, fijo los siguientes objetivos en el estudio realizado:

1. Evaluar el dolor en su dimensión física, mediante la frecuencia, intensidad y administración de analgésicos a los pacientes objeto de estudio y resultados del test de Lattinen.
2. evaluar el dolor en su dimensión psicológica, mediante el grado de incapacidad producido por el mismo, calidad del sueño y necesidad de atención psicológica.
3. Evaluar el dolor en su dimensión espiritual, mediante la necesidad de atención espiritual.
4. Evaluar el dolor en su dimensión social, mediante la necesidad del enfermo de apoyos sociales y disponibilidad de los mismos.



### III. MATERIAL Y MÉTODOS

#### III.1 *Diseño utilizado*

He realizado un estudio cualitativo con un diseño de investigación-acción. He utilizado también parámetros cuantitativos para el análisis del test de Lattinen. Para ello, procedo a la realización de entrevistas personales de julio a septiembre de 2015 a pacientes que cumplieren los criterios de inclusión que describo con posterioridad. Mediante este diseño, pretendo identificar varios aspectos de la situación de los enfermos terminales ingresados respecto al dolor en su dimensión holística. La entrevista realizada a los enfermos consta de nueve preguntas, elaboradas a partir del test de Lattinen y otras que completan las dimensiones psicosocial y espiritual. Toda la información es obtenida de forma anónima y previo consentimiento informado del paciente. El trabajo es realizado dentro del Hospital Morales Meseguer, respetando la 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.

- ***Encuesta realizada a los pacientes***

*Edad:*                      *Sexo:*                      *Nivel de dependencia:*

*¿Proceso oncológico?:*    *SI*    *NO*

- ***Preguntas según test de Lattinen/Dimensiones social y espiritual***

1. ¿Con qué frecuencia presenta dolor? Raramente/ frecuentemente/ Muy frecuentemente/ continuo.
2. ¿Cuál es la intensidad de su dolor? Ligero/ Molesto/ Intenso/ Insoportable.
3. ¿Pide a la enfermera que le administre analgésicos o los toma usted con frecuencia? Ocasionalmente/ regular y pocos/ regular y muchos/ muchísimos.
4. ¿Qué grado de incapacidad le produce su dolor? Ligera/ Moderada/ Ayuda necesaria/ Total.
5. ¿Cómo son sus horas de sueño? Normal/ despierta alguna vez/ despierta varias veces/ insomnio.
6. ¿Toma sedantes para dormir? SI/NO.
7. ¿Ha pedido la asistencia de un sacerdote/pastor/imán durante su ingreso? SI/NO.
8. ¿Ha recibido ayuda psicológica? Si su respuesta es afirmativa, ¿podría explicar brevemente el motivo? Si no la ha recibido, ¿le ayudaría de algún modo recibirla?
9. ¿Dispone de familiares, cuidadores o amigos que le sirvan de apoyo? SI/NO. Si dispone de ellos, ¿busca su ayuda para sobrellevar su dolor?



### **III.2 *Ámbito y participantes***

Nuestro hospital de estudio constituye el centro de referencia del área VI dentro del Servicio Murciano de Salud (S.M.S).

Los sujetos de estudio serán pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos del hospital y que cumplan los criterios de inclusión que establezco a continuación.

### **III.3 *Obtención de la muestra y criterios de inclusión-exclusión***

El proceso de recogida de datos se realiza de forma semanal, mediante entrevistas personales a los pacientes durante los meses de julio, agosto y septiembre.

Al finalizar las entrevistas, realizo un reparto por sexos, edad, grado de dependencia según la escala de valoración de Barthel y presencia o no de diagnósticos oncológicos de las personas entrevistadas.

A continuación, defino los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes:

#### **Criterios de inclusión:**

- Enfermos terminales a cargo de la “Unidad de Cuidados Paliativos”.
- Pacientes con sus facultades cognitivas intactas.
- Consentimiento informado del paciente.

#### **Criterios de exclusión:**

- Enfermos sedados.
- Pacientes con sus capacidades cognitivas disminuidas.
- Pacientes con múltiples patologías incapaces de responder a las preguntas por su deterioro del estado general acentuado.

## **IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

---

### **IV.1 *Distribución por edades, sexo y presencia de proceso oncológico***

La edad media de la población es de  $70 \pm 12.62$  años, en la tabla 1 mostramos las edades medias, mediana, desviación típica y rango separados por sexos. En la tabla 2, dividimos a la población en dos grupos según la edad, mayores y menores de 65 años, observando que la mayor parte de nuestra muestra está formada por personas mayores de 65 años.

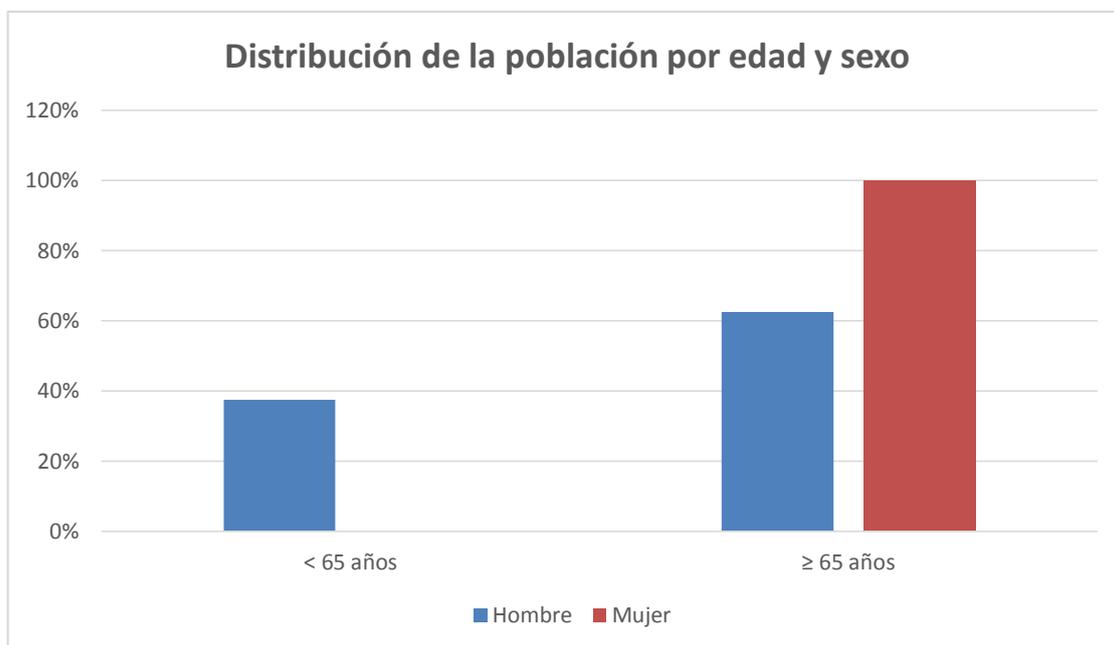


**Tabla 1. Media, mediana, desviación típica y rango de edades según sexo**

Sexo	Individuos	Media	Mediana	Desv. Típica	Rango
Hombre	8	62,63	66,5	13,89	38 - 79
Mujer	8	76,75	76,5	5,85	68 - 88
Total	16	69,69	73,5	12,62	38 - 88

**Tabla 2. Distribución de la población según grupo de edad y sexo**

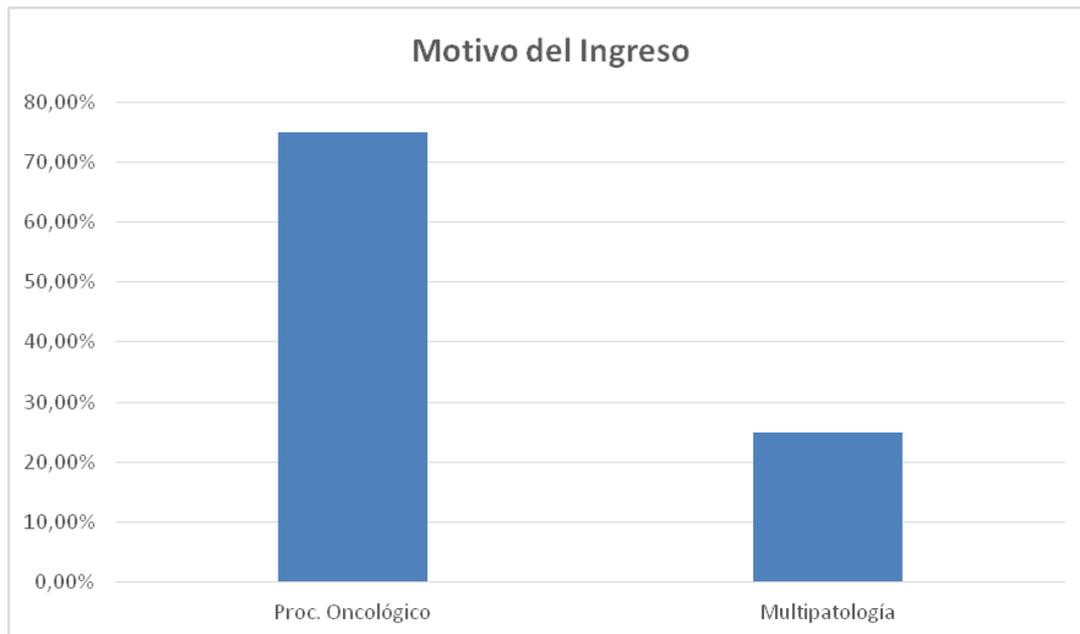
Sexo	Individuos			Porcentajes		
	< 65 años	≥ 65 años	Total	< 65 años	≥ 65 años	Total
Hombre	3	5	8	18,75%	31,25%	50,00%
Mujer	0	8	8	0,00%	50,00%	50,00%
Total	3	13	16	18,75%	81,25%	100,00%



**Figura 1. Representación de la población por edad y sexo.**

Analizando la muestra según si el motivo de ingreso corresponde a un diagnóstico oncológico o a pluripatología del enfermo, encontramos que la gran mayoría de los pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Paliativos, el motivo es un proceso oncológico (75%), frente a un 25% que padecen procesos pluripatológicos.





**Figura 2. Representación de la población por motivo del ingreso.**

Otros estudios realizados muestran que, entre pacientes terminales, un 83% tuvo un diagnóstico oncológico frente al 17% que fue diagnóstico no oncológico. También que la distribución por género correspondió a 19 masculinos (63%) y 11 femeninos (37%) (18). En cuanto a las edades, en los hombres predominó el grupo de edad entre 70 y 74 años y en el caso de las mujeres el grupo de 60 a 64 años (19).

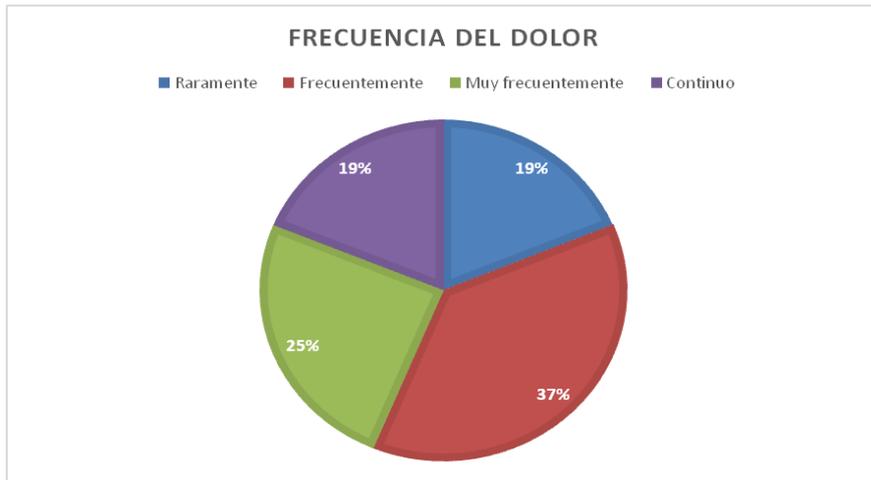
#### **IV.2 Frecuencia de presentación del dolor**

Analizamos la frecuencia de presentación del dolor en el global de la muestra y vemos cómo el dolor se presenta frecuentemente y muy frecuentemente en la mayoría de los enfermos (62.5%).

**Tabla 3. Frecuencia del dolor**

Frecuencia del Dolor	Pacientes	Porcentaje
Raramente	3	18.75%
Frecuentemente	6	37.50%
Muy frecuentemente	4	25.00%
Continuo	3	18.75%
Total	16	100.00%



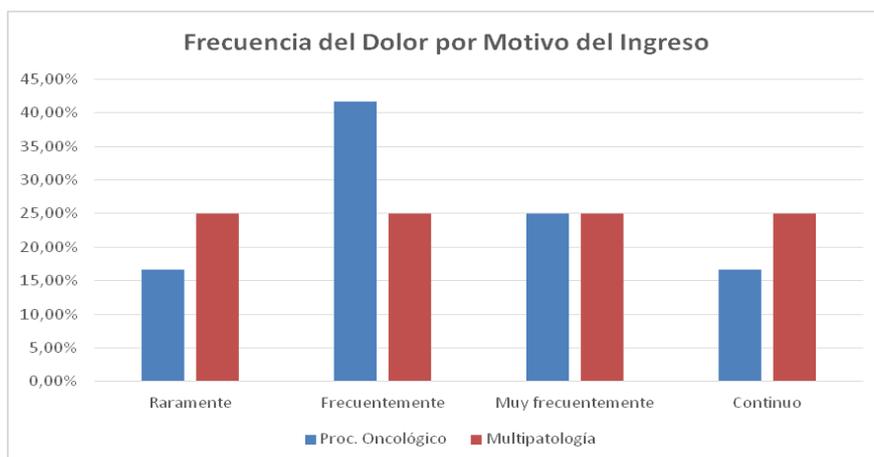


**Figura 3. Representación porcentual de la frecuencia del dolor en la muestra.**

En la siguiente gráfica, mostramos la frecuencia de presentación del dolor distinguiendo entre paciente oncológico y enfermos con multipatología, obteniendo un resultado que muestra que en los procesos oncológicos el dolor se presenta con mayor frecuencia. Sin embargo, en la multipatología, el dolor sería más continuo.

**Tabla 4. Frecuencia del dolor por Motivo del Ingreso.**

Frecuencia del Dolor	Pacientes		Porcentaje	
	Proc. Oncológico	Multipatología	Proc. Oncológico	Multipatología
Raramente	2	1	16.67%	25.00%
Frecuentemente	5	1	41.67%	25.00%
Muy frecuentemente	3	1	25.00%	25.00%
Continuo	2	1	16.67%	25.00%
Total	12	4	100.00%	100.00%



**Figura 4. Frecuencia del dolor por motivo del ingreso.**



Datos reportados por la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología (UCPINC, Bogotá, Colombia), centro hospitalario de IV nivel dedicado a la atención de pacientes con cáncer, que atiende un volumen de 6.500 consultas por año, muestran una prevalencia de dolor del 90% (20). Esto es reforzado por más estudios donde el 80-90% de los pacientes con cáncer en estado terminal, presenta dolor (21).

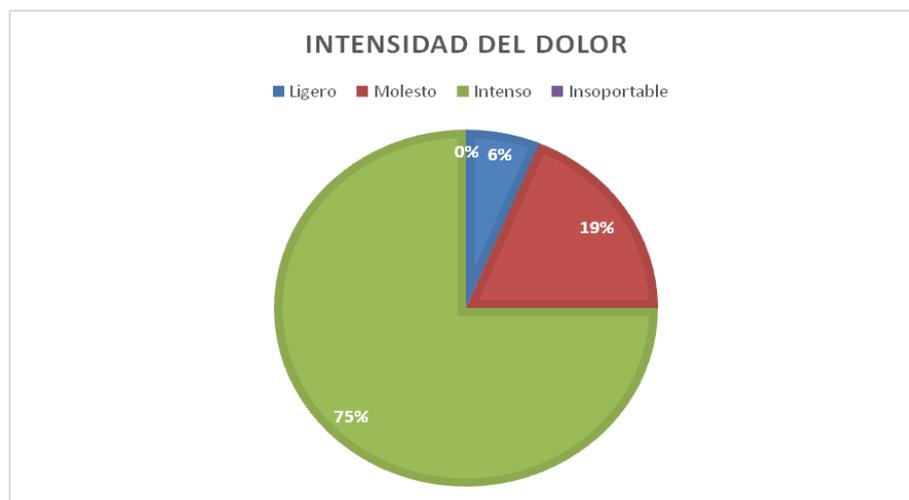
Otros estudios muestran que el dolor es el segundo síntoma que aparece en el paciente terminal (88.9% de los pacientes), después de la anorexia (100%) y seguido de la constipación (88.9%) (19). En otras fuentes, que muestran la frecuencia de presentación de síntomas en pacientes oncológicos en fase terminal, encontramos que el dolor es el síntoma más frecuente (22).

### IV.3 Intensidad del dolor

Los resultados muestran claramente cómo este tipo de enfermos en situación terminal; cuando presentan dolor, es en un 75% de los casos intenso y solo un 6% lo consideró ligero.

**Tabla 5. Intensidad del dolor.**

Intensidad del Dolor	Pacientes	Porcentaje
Ligero	1	6.25%
Molesto	3	18.75%
Intenso	12	75.00%
Insoporable	0	0.00%
Total	16	100.00%



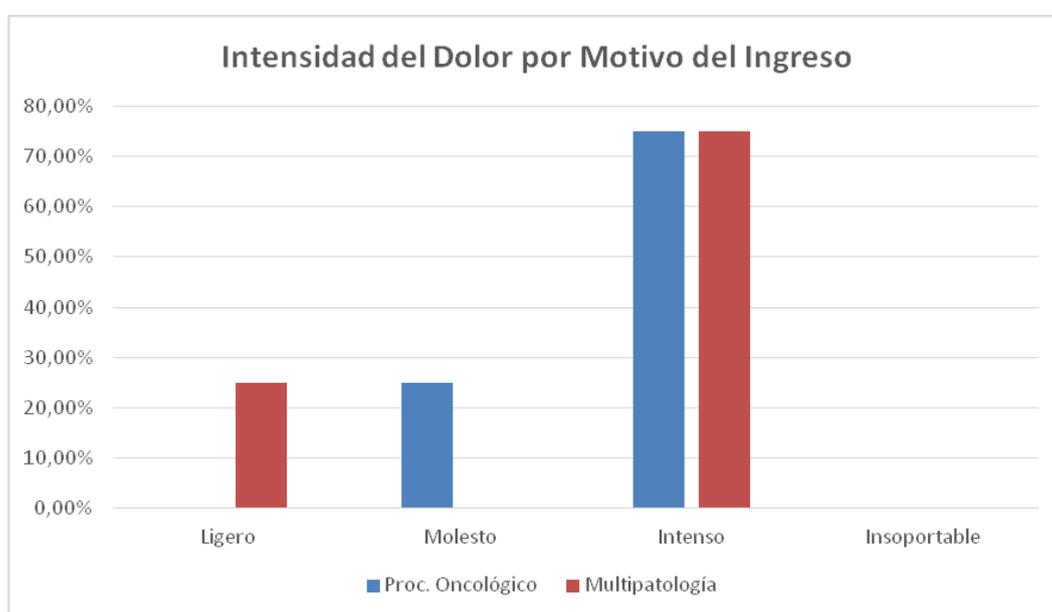
**Figura 5. Representación porcentual de la intensidad del dolor en la muestra.**



Al estudiar la intensidad del dolor dependiendo del motivo de ingreso oncológico o multipatológico, encontramos una diferencia poco significativa en cuanto a intensidad del mismo. Cuando un paciente con multipatología presenta dolor, éste es en su intensidad similar al de un paciente que presente un proceso oncológico.

**Tabla 6. Intensidad del dolor por Motivo del Ingreso.**

Intensidad del Dolor	Pacientes		Porcentaje	
	Proc. Oncológico	Multipatología	Proc. Oncológico	Multipatología
Ligero	0	1	0.00%	25.00%
Molesto	3	0	25.00%	0.00%
Intenso	9	3	75.00%	75.00%
Insoportable	0	0	0.00%	0.00%
Total	12	4	100.00%	100.00%



**Figura 6. Intensidad del dolor según motivo del ingreso.**

Estudios realizados en pacientes oncológicos muestran que la intensidad o severidad del dolor se corresponde con las etapas clínicas superiores del tumor, causado por el mayor tiempo de padecimiento de la enfermedad y lesión de órganos vecinos. La intensidad del dolor está también relacionada con la aparición de múltiples síntomas asociados al mismo (23). En el caso del estudio realizado, no recogemos datos relativos al estadio del proceso oncológico.



#### IV.4 Frecuencia de administración de analgésicos

Cicely Saunders ya se dio cuenta de la necesidad de usar un sistema de “dosis regulares”. Era importante no esperar a que el paciente diera un grito para suministrarle su dosis (10).

Para el dolor causado por cáncer, los analgésicos generalmente consiguen el alivio del mismo, siempre que se administren correctamente y a intervalos regulares (16). En el análisis de la muestra realizado, podemos observar que a la mayoría de los pacientes en estado terminal se le administran analgésicos en cantidades elevadas, sin embargo, las estadísticas de nuestro estudio muestran una elevada frecuencia e intensidad del dolor a pesar de ello. Esto pudiese estar debido a que la clave para la eliminación o disminución del dolor en estos enfermos hay que enfocarla de manera holística y no solo atendiendo a factores físicos. Creo que los factores psicológicos, sociales y espirituales a menudo son desatendidos a favor de las prescripciones farmacológicas, cuando lo que quizás necesiten estos enfermos sea un rato de charla o una actitud de escucha activa sin prisas porque tengamos que atender a muchos más pacientes y no tengamos tiempo. Dos de los enfermos entrevistados apuntaban que tenían un dolor intenso pero no habían demandado a su enfermera/o la administración de un analgésico “por no molestar”. Los principios de la relación con el paciente deben ser el respeto, la confianza y el amor. La confianza se enmarca en la esfera de la esperanza, es una prestación previa. Se da crédito a la palabra, a los gestos, el enfermo confía en la intención de que será asistido, de que se le hará todo lo posible para curarle y si no, para cuidarle, de que no se le abandonará a pesar de las dificultades y de la erosión del tiempo. Fácilmente se advierte que lo que garantiza los mejores resultados en la atención a los enfermos crónicos o con enfermedades avanzadas es la imbricación entre las correctas estrategias psicológicas, el tratamiento farmacológico y la actitud de respeto, de reconocimiento y co-vivencia plena de sentido (24). Es necesario crear un clima y relación de confianza, respeto y amor con el enfermo para que no ocurran estos acontecimientos que merman la esperanza y acentúan el abandono respecto a este tipo de enfermos.

**Tabla 7. Ingesta analgésicos**

<b>Ingesta analgésicos</b>	<b>Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
Ocasionalmente	1	6.25%
Regular y pocos	6	37.50%
Regular y muchos	7	43.75%
Muchísimos	2	12.50%
Total	16	100.00%



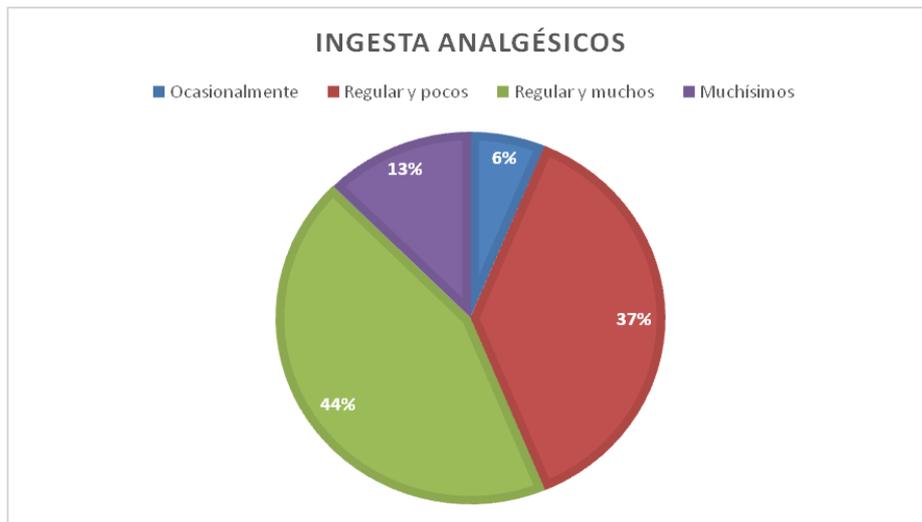


Figura 7. Representación porcentual de la ingesta de analgésicos en la muestra.

Tabla 8. Ingesta analgésicos por Motivo del Ingreso.

Ingesta analgésicos	Pacientes		Porcentaje	
	Proc. Oncológico	Multipatología	Proc. Oncológico	Multipatología
Ocasionalmente	1	0	8.33%	0.00%
Regular y pocos	4	2	33.33%	50.00%
Regular y muchos	6	1	50.00%	25.00%
Muchísimos	1	1	8.33%	25.00%
Total	12	4	100.00%	100.00%

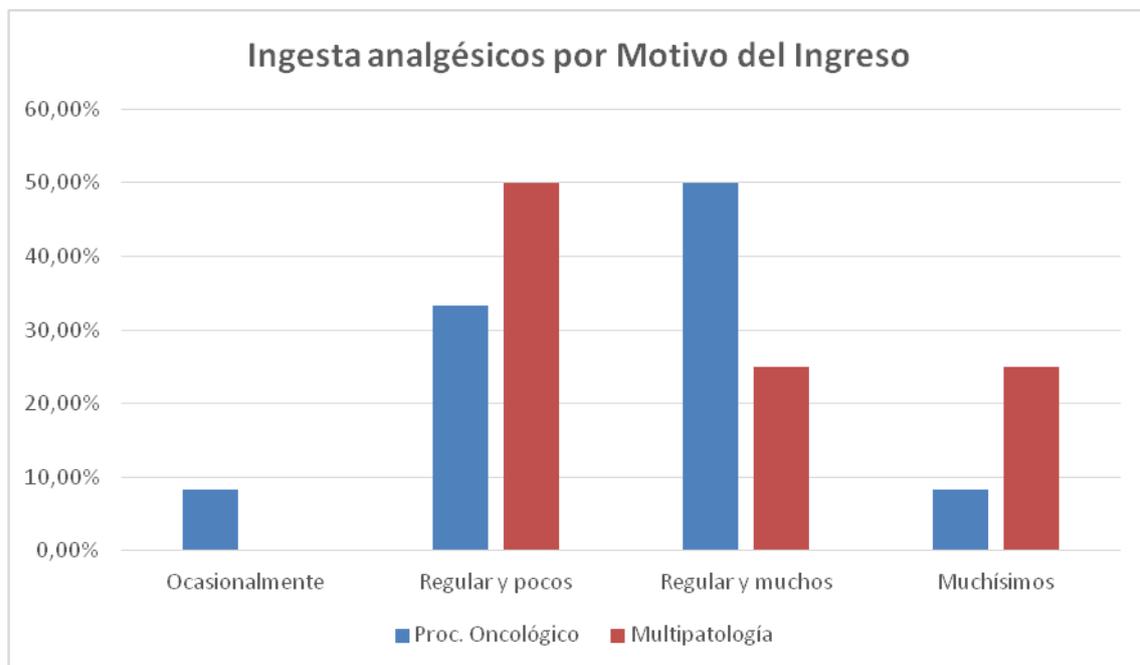


Figura 8. Ingesta de analgésicos por motivo del ingreso.



Analizando la ingesta de analgésicos según presenten o no los pacientes un proceso oncológico (figura 8), vemos como la mayoría de los enfermos oncológicos han necesitado más analgésicos para controlar su dolor que los pacientes afectados de multipatología: un 50% de los enfermos pluripatológicos necesitaron muchos y muchísimos analgésicos frente al 58.33% de los enfermos oncológicos. Otros estudios realizados muestran que hasta el 90% de los pacientes con tumores avanzados presentan dolor. Aunque la “escalera terapéutica” de la OMS es efectiva en el 80% de los pacientes, el 50% reciben analgesia inadecuada (9).

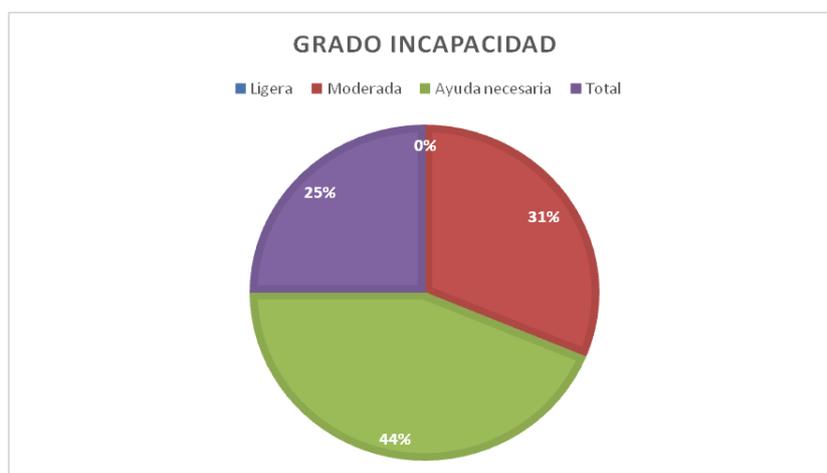
#### IV.5 Grado de incapacidad causado por el dolor

Son los síntomas de la enfermedad, entre ellos el dolor, lo que más incapacita y preocupa a los pacientes terminales. Parece que han aceptado su enfermedad, lo cual es congruente con datos ya publicados en estudios precedentes (Hinton, 1999), y lo que ahora reclaman no es aumentar la “calidad de vida”, sino que se les preste la ayuda necesaria para conseguir una muerte digna y sin sufrimiento (25).

En la tabla siguiente, queda reflejado el grado de incapacidad que el dolor provoca en los enfermos terminales de nuestra muestra. Vemos que en la mayoría (68.75), el dolor produce un grado de incapacidad total (25%) y de ayuda necesaria (43.75%); frente a un 31.25%, en los que el dolor provoca un grado moderado de incapacidad.

**Tabla 9. Grado Incapacidad.**

Grado Incapacidad	Pacientes	Porcentaje
Ligera	0	0.00%
Moderada	5	31.25%
Ayuda necesaria	7	43.75%
Total	4	25.00%
Total	16	100.00%



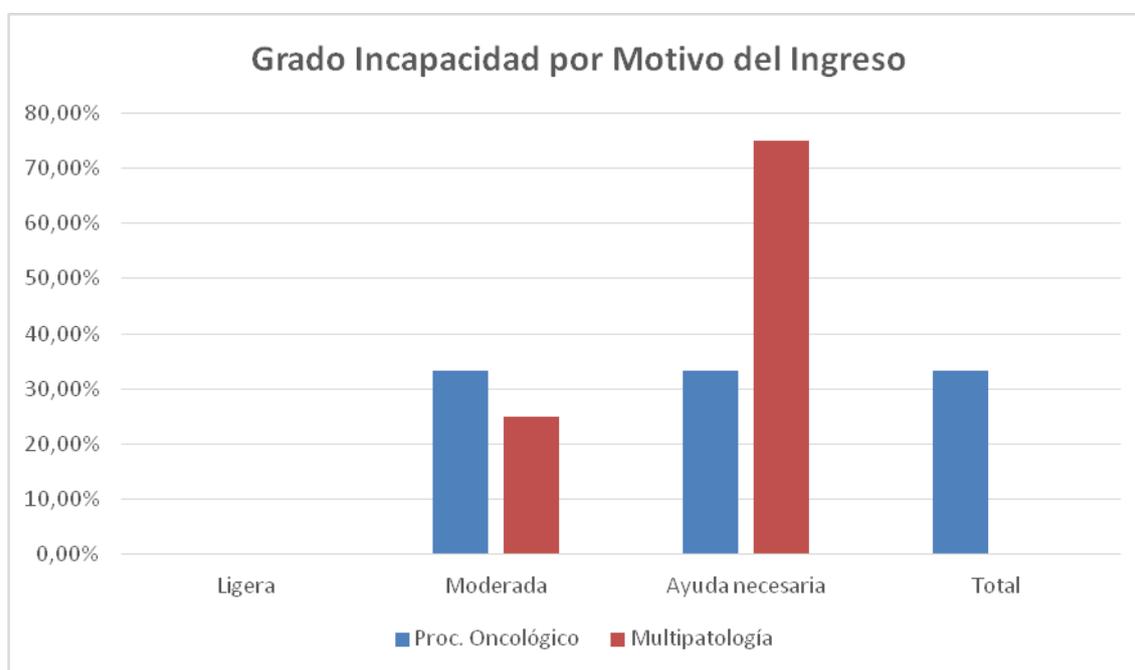
**Figura 9. Grado de incapacidad producido por el dolor.**



Vemos también en la siguiente gráfica que los procesos oncológicos incapacitan en mayor grado que los multipatológicos. Sin embargo, en estos últimos, aumenta de una manera significativa la ayuda necesaria que precisarían los pacientes.

**Tabla 10. Grado Incapacidad por Motivo del Ingreso.**

Grado Incapacidad	Pacientes		Porcentaje	
	Proc. Oncológico	Multipatología	Proc. Oncológico	Multipatología
Ligera	0	0	0.00%	0.00%
Moderada	4	1	33.33%	25.00%
Ayuda necesaria	4	3	33.33%	75.00%
Total	4	0	33.33%	0.00%
Total	12	4	100.00%	100.00%



**Figura 10. Grado de incapacidad por motivo del ingreso.**

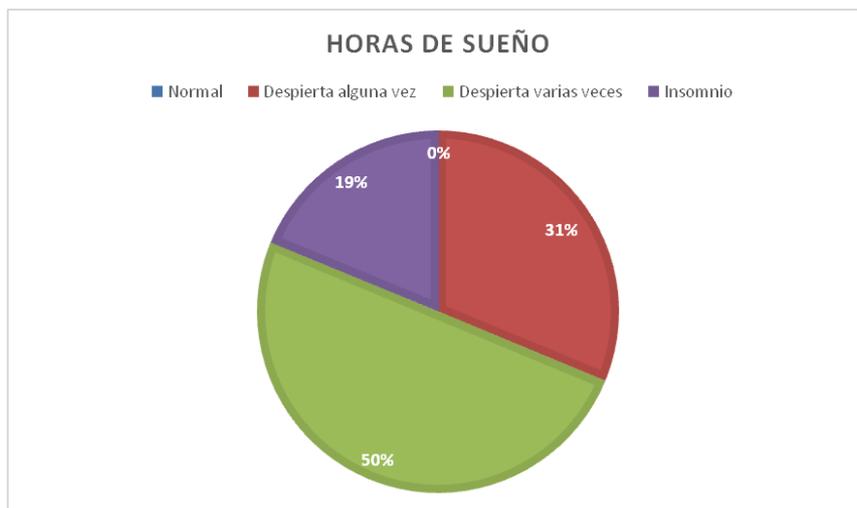
#### IV.6 Calidad del sueño

Dentro de los factores que producen una bajada del umbral del dolor en el paciente terminal encontramos el insomnio; entre los factores que lo incrementan está incluido el sueño (16). En la siguiente gráfica, queda reflejada la calidad del sueño entre los pacientes terminales de nuestra muestra. Vemos que el 50% de los enfermos despiertan varias veces en la noche y un 18.75% sufren de insomnio, con el correspondiente deterioro en su calidad de vida.



**Tabla 11. Horas de Sueño.**

Horas de Sueño	Pacientes	Porcentaje
Normal	0	0.00%
Despierta alguna vez	5	31.25%
Despierta varias veces	8	50.00%
Insomnio	3	18.75%
Total	16	100.00%

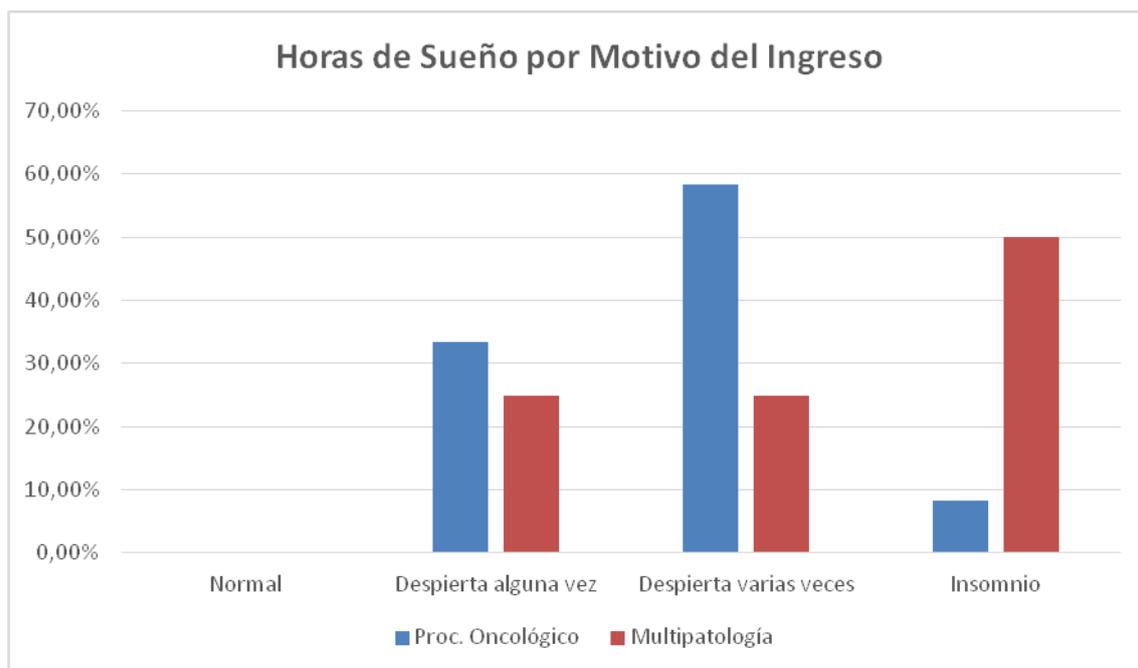
**Figura 11. Calidad del sueño según las horas de sueño.**

Los pacientes con cáncer tienen gran riesgo de desarrollar insomnio y trastornos del ciclo sueño-vigilia. El insomnio es el trastorno del sueño más común en esta población y con mayor frecuencia suele ser secundario a los factores físicos y psicológicos relacionados con el cáncer y su tratamiento. La ansiedad y la depresión, respuestas psicológicas comunes al diagnóstico de cáncer, están sumamente correlacionadas con el insomnio (26). En nuestro estudio, podemos concluir que los pacientes oncológicos despiertan más veces en la noche (58.33%) que los pacientes con pluripatología (25%); sin embargo, el insomnio afecta más a estos últimos (figura 12).

**Tabla 12. Horas de Sueño por Motivo del Ingreso**

Horas de Sueño	Pacientes		Porcentaje	
	Proc. Oncológico	Multipatología	Proc. Oncológico	Multipatología
Normal	0	0	0.00%	0.00%
Despierta alguna vez	4	1	33.33%	25.00%
Despierta varias veces	7	1	58.33%	25.00%
Insomnio	1	2	8.33%	50.00%
Total	12	4	100.00%	100.00%





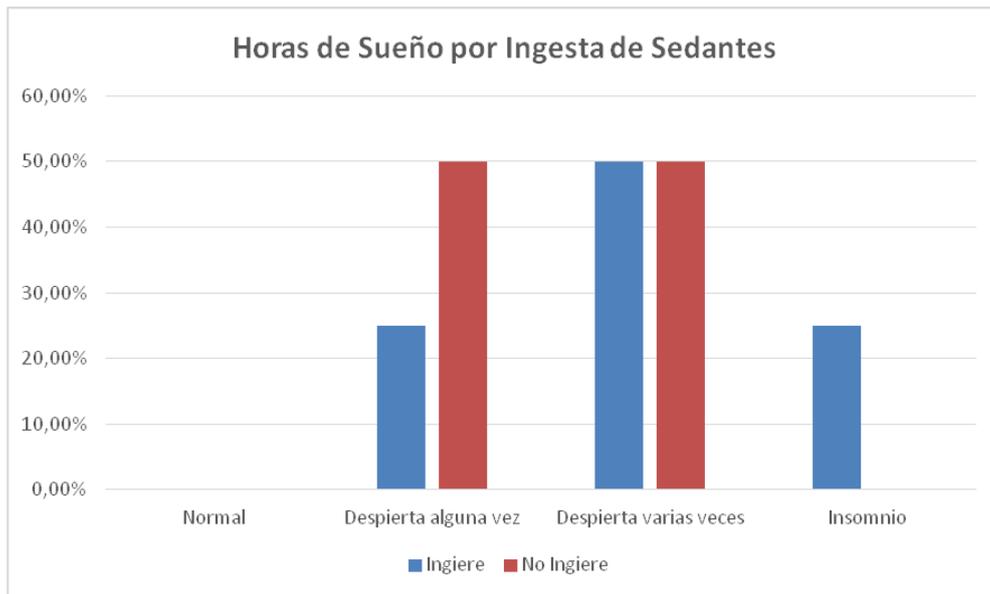
**Figura 12. Calidad del sueño según el motivo de ingreso.**

En la siguiente tabla observamos que, a pesar de la ingesta de analgésicos, el sueño se interrumpiría alguna o varias veces en la noche e incluso algunos enfermos padecerían de insomnio.

**Tabla 13. Horas de Sueño por Ingesta de Sedantes**

Horas de Sueño	Pacientes		Porcentaje	
	Ingiere	No Ingiere	Ingiere	No Ingiere
Normal	0	0	0.00%	0.00%
Despierta alguna vez	3	2	25.00%	50.00%
Despierta varias veces	6	2	50.00%	50.00%
Insomnio	3	0	25.00%	0.00%
Total	12	4	100.00%	100.00%





**Figura 13. Calidad del sueño según ingesta o no de sedantes.**

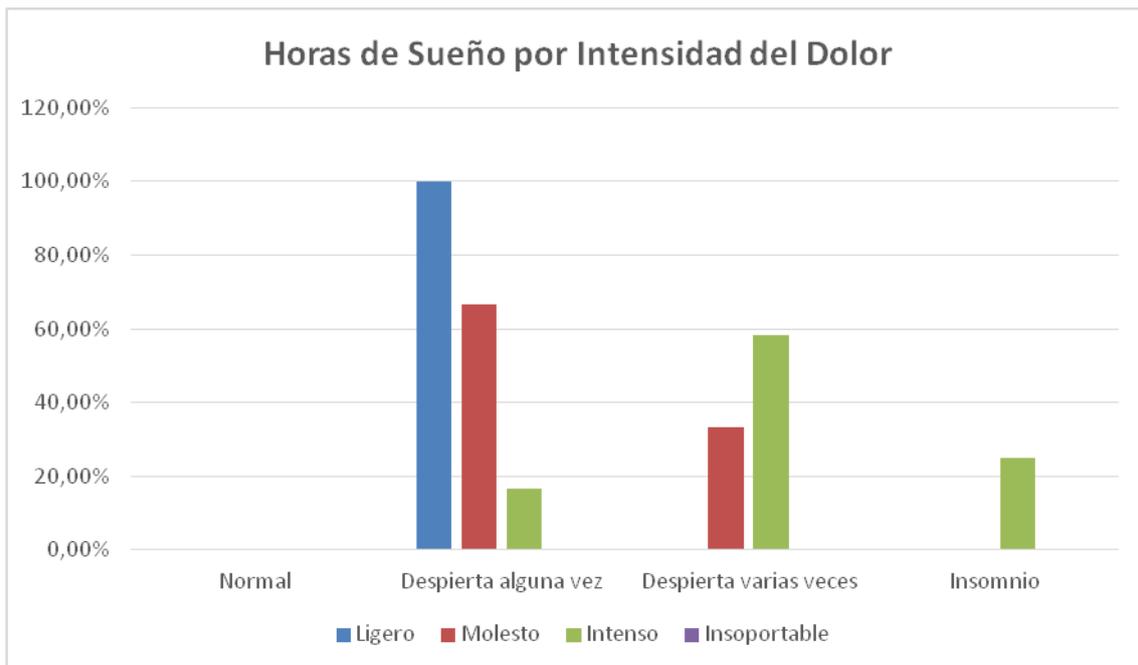
En la figura número 14, vemos que los pacientes con dolor ligero son los que menos interrumpen su sueño en la noche, todos despiertan alguna vez. Sin embargo, un alto número de pacientes con dolor intenso padecen insomnio (25%) o despiertan varias veces durante la noche (58.33%).

Según estudios realizados basados en la PSQI (índice de calidad del sueño de Pittsburgh), encontramos una correlación entre sueño y dolor estadísticamente significativa (27).

**Tabla 14. Horas de Sueño por Intensidad del Dolor**

Horas de Sueño	Pacientes			
	Ligero	Molesto	Intenso	Insoportable
Normal	0	0	0	0
Despierta alguna vez	1	2	2	0
Despierta varias veces	0	1	7	0
Insomnio	0	0	3	0
Total	1	3	12	0
Horas de Sueño	Porcentaje			
	Ligero	Molesto	Intenso	Insoportable
Normal	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Despierta alguna vez	100.00%	66.67%	16.67%	0.00%
Despierta varias veces	0.00%	33.33%	58.33%	0.00%
Insomnio	0.00%	0.00%	25.00%	0.00%
Total	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%





**Figura 14. Calidad del sueño según la intensidad de dolor presentado.**

La enfermera de cuidados paliativos del Morales Meseguer me comenta que la mayoría de los enfermos oncológicos en estado terminal tienen mucho miedo a morir mientras duermen. Esto explicaría por qué, a pesar de tomar sedantes para dormir, la mayoría de estos enfermos padecen insomnio o presentan un sueño interrumpido durante la noche.

#### **IV.7 Asistencia religiosa/espiritualidad**

Los objetivos de las necesidades espirituales serían: encontrar sentido, significado a la propia vida, querer y sentirse querido hasta el final de la vida y el sentido de esperanza y/o trascendencia. A menudo, el sentido y significado de la vida se encuentra en acontecimientos sencillos, donde ha habido sentimientos especiales de amor o de dolor; simples encuentros entre personas que se quieren, que disfrutan de la vida o de la relación o que hacen algo creativo. Explorar la calidad de estos momentos especiales en la vida de la persona, puede ser de gran ayuda en el descubrimiento del sentido profundo de su espiritualidad. La necesidad básica de todo ser humano es la de querer y ser querido, y sentir esa conexión hasta el final de su vida. La última etapa de la vida es una oportunidad de celebración y ahondamiento de los vínculos más importantes de la vida de la persona y también una oportunidad de restablecer aquellos que estaban rotos y que antes de morir la persona deseaba resolver. Muy a menudo necesita completar las relaciones del pasado, resolver los asuntos pendientes y vivir lo que le queda de tiempo con relaciones más significativas. La labor de resolución de pendientes incluye el trabajo del perdón, la expresión de la gratitud y el afecto. Existe otra necesidad que es el anhelo de un nivel de trascendencia. Las personas religiosas pueden tener la necesidad de profundizar en su relación con Dios a través de las oraciones, sacramentos y otras expresiones rituales. Para ellos el confort está en la certeza del reencuentro con Jesús, o Atman o el Tao y tienen la esperanza religiosa de ser perdonados, o de llegar a la iluminación. Para otro, la esperanza se puede



encontrar en el sentimiento de una vida completa, el regreso a la naturaleza y la participación en el ciclo de la vida, la perpetuación a través de la familia, el legado artístico o creativo, la contribución social o intelectual a la comunidad o el vivir en el recuerdo de los seres queridos. En este proceso de exploración y búsqueda de significado hay actividades que pueden resultar muy útiles: recordando siempre que la herramienta más importante del acompañamiento espiritual es nuestra capacidad de establecer una relación de confianza: nuestra escucha paciente, respetuosa, cálida. Muy a menudo, todo lo que nos piden es que estemos presentes como testimonios silenciosos de su dolor (9).

Podemos decir que cuando la aparición del sufrimiento pone en dificultad nuestros proyectos y nuestras certezas empíricas, penetra en nosotros el aguijón de la precariedad: nos damos cuenta de que todo está expuesto a la nada, incluso nuestras cualidades físicas y las personas que nos son queridas, y constatamos que no escapamos de la ley universal del sufrir. En teoría, deberíamos ser siempre conscientes de ello, pero esta conciencia se adquiere o se reaviva solo con la vivencia personal: cuando nos sentimos vulnerables e inseguros, notamos que disminuye la confianza con la que hemos cultivado nuestro irreprimible deseo de perpetuidad, por consiguiente podríamos concluir que la experiencia del dolor siempre hace referencia, por lo menos implícitamente, a la muerte y por lo tanto a una posición personal respecto a la religión (24).

Cicely jamás dudó de que el sufrimiento humano tiene un sentido, que la muerte puede ser algo positivo, que la mano de Dios es más visible aún en el lugar donde se encuentran este mundo y el venidero, que quien se sienta junto al lecho de un moribundo nunca está solo (10). Es necesario que lo sepáis, pero no que tengáis miedo. Sólo abriéndoos a la espiritualidad y perdiendo el miedo llegaréis a la comprensión y a revelaciones superiores. A esto podéis llegar todos (28). Existen conductas que son disímiles, por ejemplo, el paciente creyente muere esperanzado y el sufrimiento y dolor lo acepta para darle sentido a su muerte, al pensar que entrarán a otra vida espiritual mejor, en estos pacientes su manejo se facilita en su asistencia final. El paciente no creyente muere sin esperanza, y por lo tanto, muere en la nada (29).

A pesar de ser tan importante la faceta espiritual para las personas; la mayoría de los pacientes entrevistados no presentaba interés alguno en recibir ayuda espiritual, cuatro pacientes no querían hablar del tema en absoluto y una paciente comentaba que ella tenía contacto directo con Dios, no necesitaba a ningún representante en la tierra para tener cubierta esta necesidad. Uno de los pacientes mostraba miedo al pensar que si venía el sacerdote a visitarlo era porque le quedaba poco tiempo de vida. Creo que las personas de la sociedad actual vivimos en un ambiente de materialismo donde lo importante es tener más y ser más que los demás y también quedar mejor ante las personas que nos rodean y olvidamos la faceta espiritual en nuestras vidas, tan importante para encontrar significado a las mismas y vivir y morir sabiendo que nunca estamos solos. En la siguiente gráfica vemos como el interés por recibir asistencia religiosa en los pacientes encuestados es escaso (31.25%).

**Tabla 15. Asistencia Espiritual.**

Asistencia Espiritual	Pacientes	Porcentaje
Sí	5	31.25%
No	11	68.75%
Total	16	100.00%



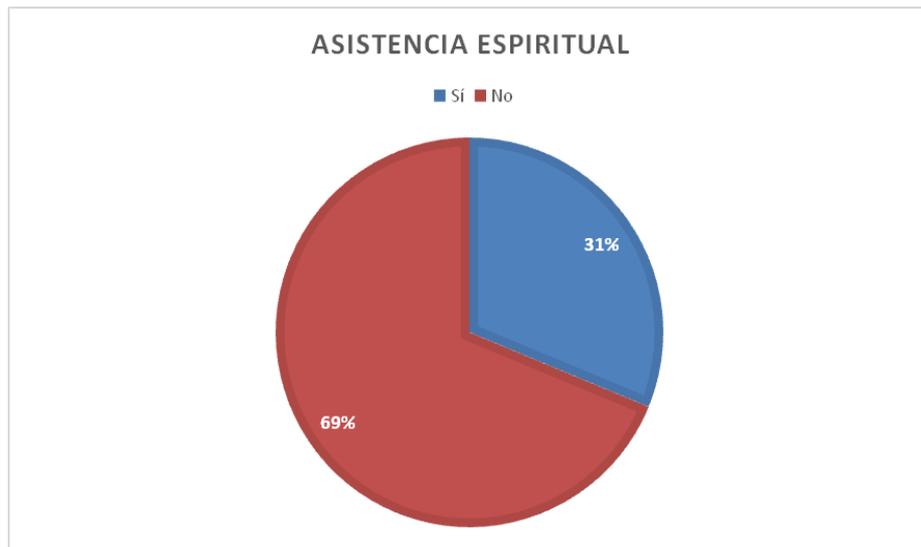


Figura 15. Representación porcentual de la necesidad de asistencia espiritual en la muestra.

En la siguiente gráfica muestro la necesidad espiritual por sexo, donde se aprecia que los hombres demandan más la presencia de un sacerdote que las mujeres.

Tabla 16. Asistencia Espiritual por Sexo.

Asistencia Espiritual	Pacientes		Porcentaje	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Sí	3	2	37.50%	25.00%
No	5	6	62.50%	75.00%
Total	8	8	100.00%	100.00%

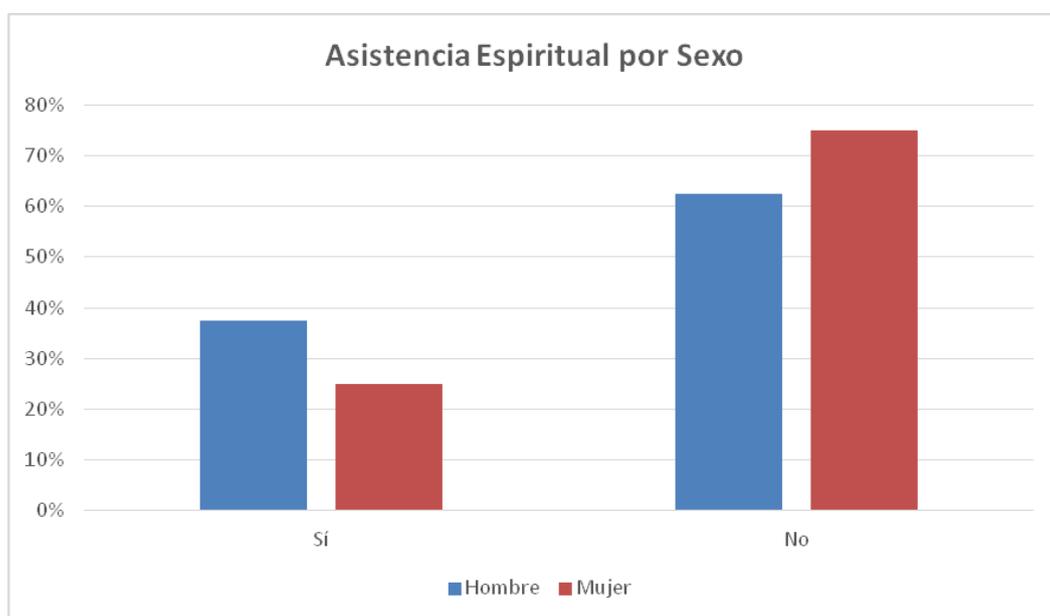


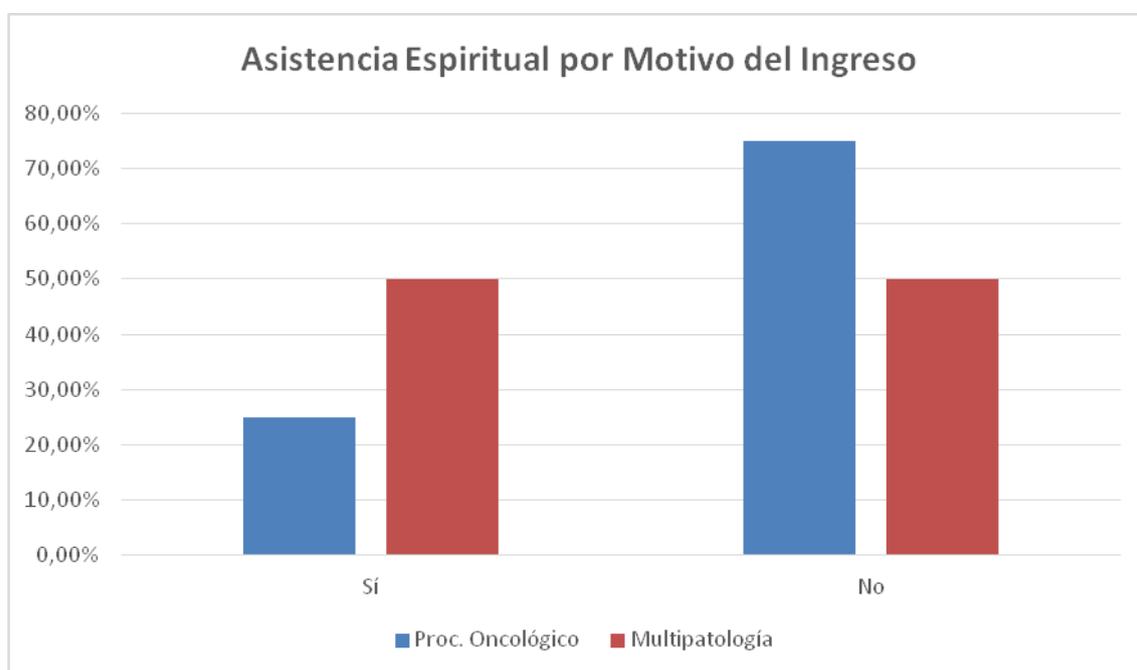
Figura 16. Necesidad de asistencia espiritual por sexo.



En cuanto a petición de ayuda religiosa según motivo de ingreso, vemos que en procesos oncológicos se demanda menos la asistencia espiritual que en procesos pluripatológicos (figura 17). Esto puede estar debido al miedo a una muerte inminente que pueden presentar los enfermos oncológicos, que piensan que la presencia de un sacerdote es la antesala de una muerte segura. Uno de los pacientes entrevistados me transmitió esa sensación de miedo en su rostro.

**Tabla 17. Asistencia Espiritual por Motivo del Ingreso**

Asistencia Espiritual	Pacientes		Porcentaje	
	Proc. Oncológico	Multipatología	Proc. Oncológico	Multipatología
Sí	3	2	25.00%	50.00%
No	9	2	75.00%	50.00%
Total	12	4	100.00%	100.00%



**Figura 17. Necesidad de asistencia espiritual por motivo del ingreso.**

#### **IV.8 Asistencia psicológica y motivos**

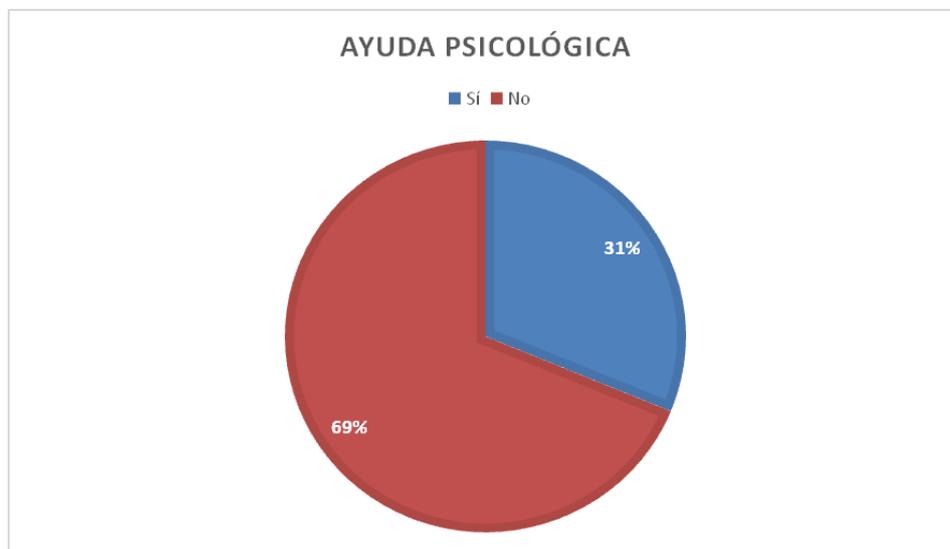
Un número considerable de ancianos son víctimas de enfermedades incurables que implican un notable grado de sufrimiento de todo tipo, en las semanas que preceden a la muerte. La hospitalización en muchos casos y la escasa posibilidad de movimiento en otros, implican una gran disminución de la interacción social, facilitando por tanto una mayor propensión a estados depresivos. Junto a ello, es importante también considerar los sentimientos de inutilidad e incapacidad que se producen en estas personas, en muchas ocasiones involuntariamente



fomentados por los comportamientos verbales y no verbales de los familiares o personas relevantes encargadas de su cuidado. El enfoque terapéutico paliativo supone una respuesta alternativa, plenamente válida para los enfermos terminales. Dicho enfoque coloca su énfasis en la consecución del bienestar o confort global de estos pacientes. Los psicólogos, trabajando en equipo con otros profesionales sanitarios, constituyen una pieza clave en esta labor, tanto en el ámbito de la investigación como en el de la intervención (17). Sin embargo, aunque estos profesionales sean imprescindibles para el enfermo terminal, en la figura 18 vemos como un 68.75% de los enfermos no han recibido ayuda psicológica y un 81.82% de los que no la han recibido piensan que la ayuda de un psicólogo no serviría de nada.

**Tabla 18. Ayuda Psicológica.**

Ayuda Psicológica	Pacientes	Porcentaje
Sí	5	31.25%
No	11	68.75%
Total	16	100.00%

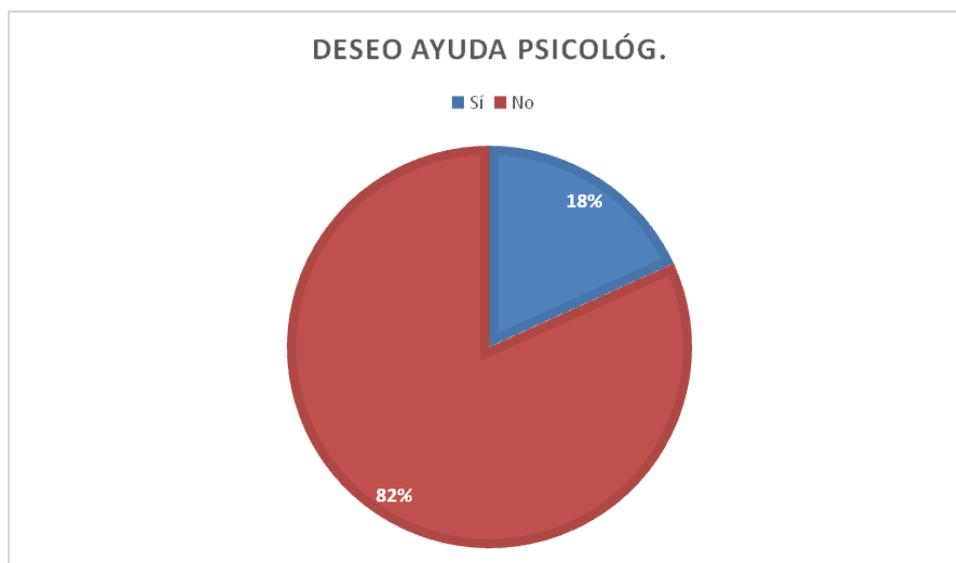


**Figura 18. Representación porcentual de pacientes según recepción o no de ayuda psicológica.**

**Tabla 19. Deseo Ayuda Psicológica.**

Deseo Ayuda Psicológica	Pacientes	Porcentaje
Sí	2	18.18%
No	9	81.82%
Total	11	100.00%





**Figura 19. Representación porcentual de pacientes según el deseo de ayuda psicológica en aquellos que no la recibieron.**

Los pacientes afectados de procesos oncológicos recibirían más ayuda psicológica que los enfermos pluripatológicos (figura 20). Esto puede ser debido a que los médicos derivan más al psicólogo cuando se trata de problemas oncológicos que cualquier otra patología, al considerar que este tipo de enfermos son más vulnerables a procesos depresivos o desestructuración social y familiar. Sin embargo, entre los pacientes oncológicos que no reciben ayuda psicológica, a la mayoría no les gustaría recibirla, no la valoran como algo necesario ni valioso (figura 21).

**Tabla 20. Ayuda Psicológica por Motivo del Ingreso**

Ayuda Psicológica	Pacientes		Porcentaje	
	Proc. Oncológico	Multipatología	Proc. Oncológico	Multipatología
Sí	4	1	33.33%	25.00%
No	8	3	66.67%	75.00%
Total	12	4	100.00%	100.00%



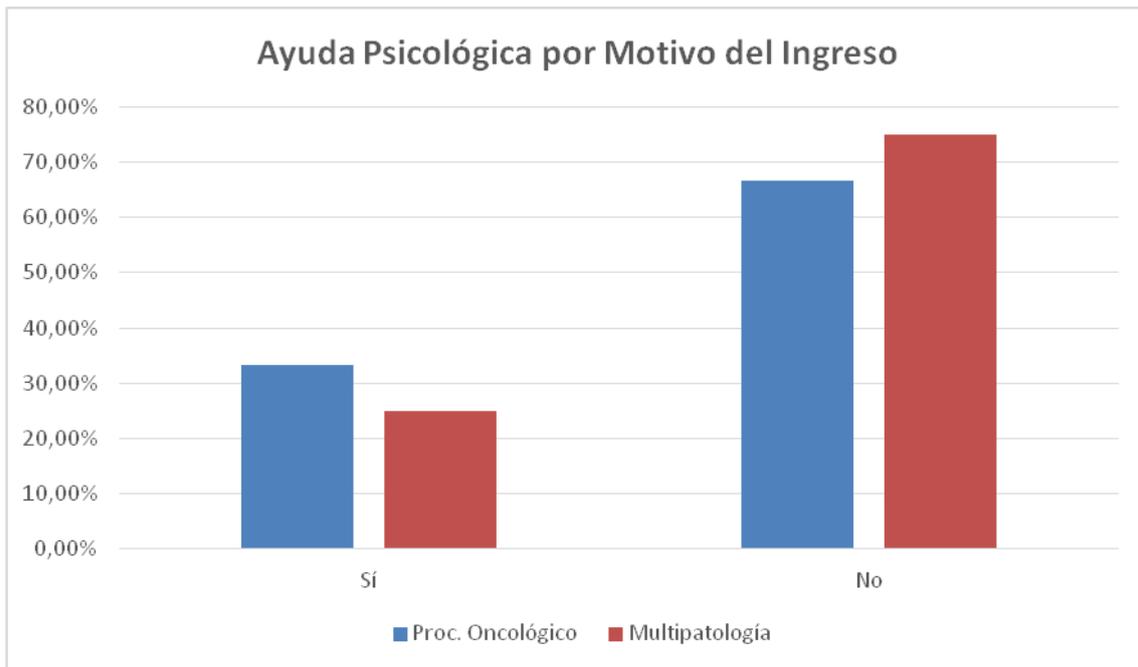


Figura 20. Ayuda psicológica por motivo del ingreso.

Tabla 21. Deseo Ayuda Psicológica por Motivo del Ingreso.

Deseo Ayuda Psicológ.	Pacientes		Porcentaje	
	Proc. Oncológico	Multipatología	Proc. Oncológico	Multipatología
Sí	1	1	12.50%	33.33%
No	7	2	87.50%	66.67%
Total	8	3	100.00%	100.00%

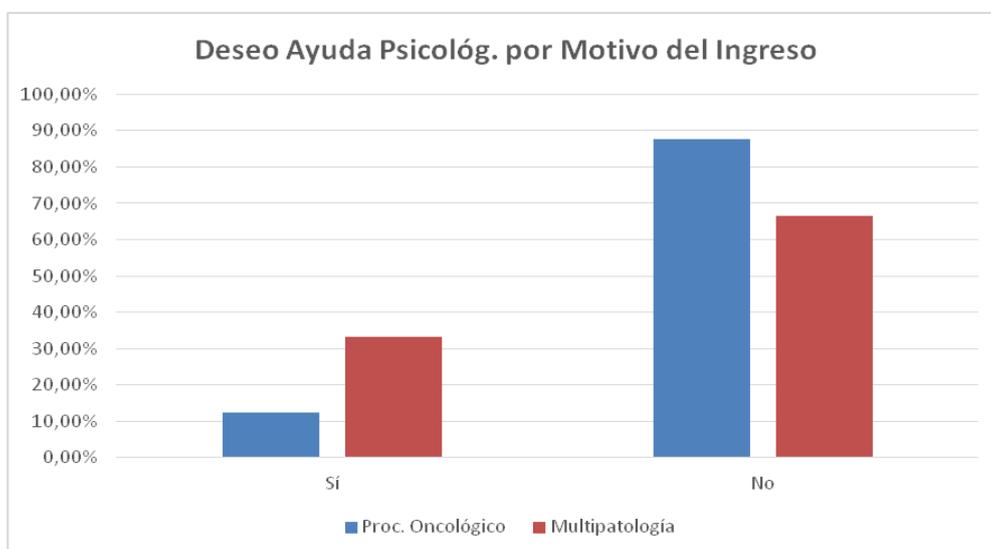


Figura 21. Deseo de ayuda psicológica según motivo de ingreso entre pacientes que no recibieron ayuda.



La valoración del sufrimiento humano al final de la vida resulta relevante para la Psicología del Dolor y Paliativa, en la medida que permite determinar qué factores emocionales, sociales y espirituales agravan el dolor y el sufrimiento; y cuáles lo alivian, orientando de este modo la intervención. Los resultados más importantes en otros estudios permiten concluir que el sufrimiento humano a causa del dolor se caracteriza en este grupo de pacientes por la angustia de separación (85,1%), el cansancio (78,75%), la tristeza (71,71%) y por los sentimientos de inutilidad (63,59%) (30).

Una significativa proporción de enfermos terminales sufren depresión. Está asociada con pérdidas actuales o anticipadas. Existe también una pérdida de independencia. Las pérdidas son mitigadas por el apoyo recibido. Importantes indicadores de depresión son: sentimientos de desesperación, pérdida de autoestima, culpa y deseos de morir. Las alteraciones del estado de ánimo están relacionadas con el aumento del dolor. Solo una pequeña parte de las depresiones en enfermos terminales son diagnosticadas y tratadas correctamente (31). En nuestro estudio, entre los pacientes que recibían ayuda psicológica (31.25%), el motivo de todos ellos era la depresión, diagnosticada por su médico y seguida por los psicólogos y psiquiatras del hospital y atención primaria.

#### IV.9 Apoyos familiares

Se acepta que el sistema social puede ayudar a individuos a resistir los efectos psicológicos adversos de la severa tensión causada por la enfermedad, promoviendo una mejor recuperación física y mental (26).

Estudios realizados muestran que el apoyo social recibido por los familiares de los enfermos fue muy positivo. Distintos autores han descrito cómo la relación apoyo social-enfermedad terminal cursa con el afrontamiento de los pacientes a situaciones altamente difíciles y sumamente «estresantes» (los síntomas, las exploraciones y los pronósticos). Los datos apuntan que nuestros pacientes se sienten muy apoyados familiar y socialmente (25). Lo afirmado con anterioridad es corroborado por otros estudios realizados que muestran que el núcleo familiar, es decir la cantidad de personas que viven bajo el mismo techo, promedia las tres personas además del paciente y se destaca que la mayoría cuenta con una familia extensa (83,84%) que cuida y apoya (30). Otros estudios realizados, corroboran también las estadísticas anteriores: un estudio realizado a 403 enfermos, muestra que 68 (16.87%) percibieron poco apoyo familiar frente al 83.13% que sí recibió un buen apoyo (22). En nuestro estudio también se corrobora ese amplio apoyo familiar que presentan los enfermos, donde el 87.50% dispondría de familiares en los que apoyarse para sobrellevar su dolor, frente a un 12.50% que se encontrarían solos en los últimos meses de vida (figura 22).

**Tabla 22. Disponibilidad Apoyo.**

Disponibilidad Apoyo	Pacientes	Porcentaje
Sí	14	87.50%
No	2	12.50%
Total	16	100.00%



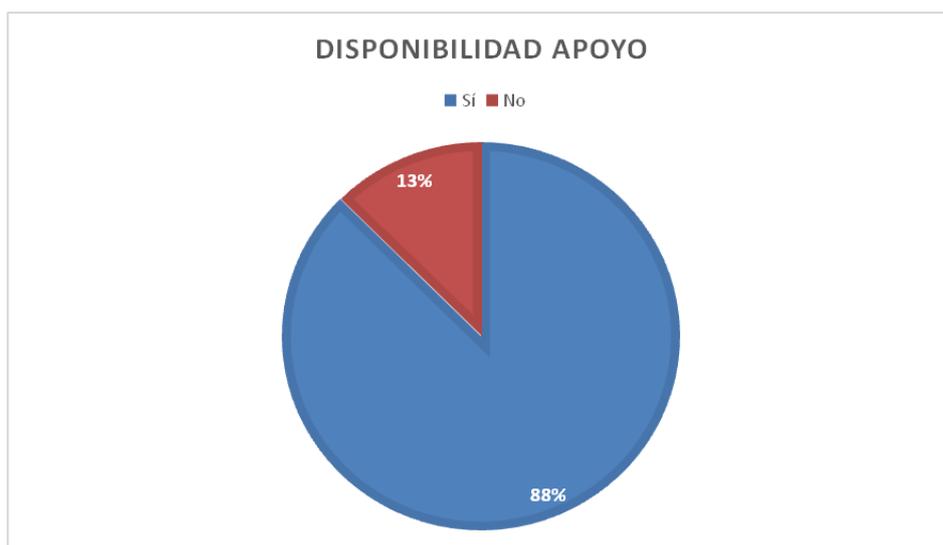


Figura 22. Representación porcentual de pacientes según disponibilidad o no de apoyos familiares.

Hay enfermos que se enfrentan a la muerte en la más absoluta soledad, porque no existen lazos familiares y la interacción con el entorno ha sido de vecindad, en estos casos, los lazos relacionales son tan frágiles, que no resulta útil para afrontar la muerte. En otras ocasiones, el paciente está fuera de la sociedad, es un marginado, y le cuesta incluso asumir una mínima organización y relación social, en este último caso, se produce un gran dolor social, porque hasta es difícil encontrar un mínimo sentido a su existencia (9). En la figura 22 podemos observar que tan solo un 13% de los pacientes de nuestra muestra, no contaban con ningún apoyo familiar.

#### IV.10 Test de Lattinen

El test de Lattinen es un instrumento de medida ampliamente utilizado en el ámbito del tratamiento e investigación del dolor crónico. Por este motivo, procedo a realizar un análisis estadístico para la valoración del dolor en los pacientes de cuidados paliativos ingresados en el hospital Morales Meseguer:

Tabla 23. Media, mediana, desviación típica y rango de resultados del Test de Lattinen según sexo

Sexo	Individuos	Media	Mediana	Desv. Típica	Rango
Hombre	8	13.38	14	3.02	8 - 17
Mujer	8	13.25	13.5	3.33	8 - 17
Total	16	13.31	14	3.07	8 - 17



Observamos que la media del mismo es de  $13.31 \pm 3.07$ , siendo los resultados del test prácticamente iguales en la diferenciación por sexos. A partir de los resultados descritos en la gráfica, podemos obtener una visión global del estado del paciente, evaluando de este modo su dolor físico y facetas psicológicas del mismo. El resultado global obtenido muestra una falta de control del dolor importante en este tipo de enfermos, necesitando buscar factores individuales que pudiesen ayudar en la búsqueda de soluciones, para devolver la dignidad a estos pacientes en sus últimos meses de vida.

## V. CONCLUSIONES

1. La prevalencia del dolor en los pacientes oncológicos de paliativos es elevada, datos que coinciden con los reportados por la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología (UCPINC, Bogotá, Colombia), centro hospitalario de IV nivel dedicado a la atención de pacientes con cáncer. También sería elevada en los pacientes que presentan multipatología.
2. La intensidad del dolor que presentan los pacientes es también elevada, a pesar de la abundante toma de analgésicos.
3. El dolor provoca un grado de incapacidad elevado, mermando la calidad de vida de estos enfermos.
4. Los pacientes presentan en su mayoría un sueño interrumpido o insomnio, aunque muchos de ellos toman sedantes para dormir.
5. La mayoría de los enfermos piensan que la presencia de un psicólogo no resultaría de utilidad. Tampoco demandan la presencia de una figura religiosa.
6. La gran mayoría de los pacientes cuentan con apoyos familiares que les ayudan a sobrellevar su dolor y los atienden en sus necesidades.

Por todo lo comentado con anterioridad, podemos concluir que la medicina paliativa tiene todavía un amplio campo de mejora para asegurar que los enfermos en situación terminal cuenten en todo momento con grandes apoyos y comprensión y no se sientan solos en su dolor. Es un imperativo ético el garantizar a estos enfermos todos los medios disponibles y la voluntad y buen hacer de los profesionales para garantizarles una muerte digna.



VI. ANEXOS

ÍNDICE DE BARTHEL

TABLA 176.7. Índice de Barthel

<b>Comer</b>			
10	Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	5	Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 h. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sordas u otros dispositivos.
5	Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.	0	Incontinente.
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.	<i>Ir al retrete</i>	
<b>Lavarse (bañarse)</b>		10	Independiente. Entra y sale solo, y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
5	Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.	0	Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.
<b>Vestirse</b>		<i>Traslado al sillón/cama</i>	
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.	15	Independiente. No precisa ayuda.
5	Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.	10	Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
0	Dependiente	5	Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
<b>Arreglarse</b>		0	Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.	<i>Deambulación</i>	
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda.	15	Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
<b>Deposición</b>		10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
10	Contínente. Ningún episodio de incontinencia.	5	Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda ni supervisión.
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.	0	Dependiente.
0	Incontinente	<i>Subir y bajar escaleras</i>	
<b>Micción (valorar la situación en la semana anterior)</b>		10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
10	Contínente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.	5	Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
		0	Dependiente. Incapaz de salvar escalones.

Autónomo: 100.

Dependiente parcial: 71-99.

Dependiente moderado: 51-70.

Dependiente grave: 31-50.

Gran dependencia: 0-30.



## AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ENCUESTAS



JESÚS LEAL LLOPIS, SUPERVISOR DE INVESTIGACIÓN  
ÁREA VI.- SERVICIO MURCIANO DE SALUD

A través del Director Gerente del Área VI, se ha solicitado la autorización para realizar el estudio titulado **“Conocimientos y percepciones de los pacientes en relación al tratamiento del dolor”** por parte de D.<sup>a</sup> Esther Arredondo Sánchez en el marco del **Máster Oficial en Bioética de la UCAM**.

El estudio tiene como objetivo: Analizar las percepciones, actitudes y conocimientos de los pacientes en relación a su tratamiento de dolor y solicita realizar una entrevista a los pacientes.

Una vez revisada la documentación enviada, se emite **informe favorable para la realización de dicha investigación** previa firma del Compromiso de Confidencialidad para la realización de Proyectos de Investigación.



Murcia a 20 de julio de 2015

EL DIRECTOR GERENTE

Visto Bueno: Director Gerente  
Fdo.: Tomás Salvador Fernández Pérez



Jesús Leal Llopis

Supervisor de investigación



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PACIENTES

*Distinguido Sr., Sra.:*

*Soy enfermera y estoy realizando una investigación con el objetivo de analizar las percepciones, actitudes y conocimientos de los pacientes en relación a sus tratamientos para el dolor.*

*Para realizar este análisis, necesito de su opinión y la de otras personas. Para poder ser participante de la investigación, tendría que colaborar con la realización de una entrevista, que yo realizaría. Si usted lo desea, puede estar presente otra persona de su confianza. Usted decide el día que puedo realizarla y si es posible, la realizaríamos en el Hospital Morales Meseguer.*

*El hecho de analizar y conocer sus percepciones y opiniones sobre el dolor en su enfermedad, es de gran interés para contribuir a mejorar la actitud ante el sufrimiento que produce el mismo y poder mejorar el bienestar de las personas que viven un proceso de hospitalización. Es en este sentido que le pido su colaboración.*

*En todo el proceso de la investigación, se mantendrá el anonimato, es decir, serán analizadas las respuestas manteniendo siempre la absoluta confidencialidad.*

*Antes de aceptar, haga las preguntas que le parezcan pertinentes.*

*Con todo lo expuesto anteriormente:*

- *Comprendo que mi participación es voluntaria.*
- *Entiendo que puedo retirarme del estudio, cuando quiera y sin dar explicaciones.*

*Por tanto, acepto y proporciono mi conformidad para participar en la investigación,*

*FECHA:*

*FIRMA DEL PACIENTE:*



## ENCUESTA Y RESULTADOS

### 1. ¿Con qué frecuencia presenta dolor?

- 1 Raramente
- 2 Frecuentemente
- 3 Muy frecuentemente
- 4 Continuo

### 2. ¿Cuál es la intensidad de su dolor?

- 1 Ligero
- 2 Molesto
- 3 Intenso
- 4 Insoportable

### 3. ¿Pide a la enfermera que le administre analgésicos o los toma usted con frecuencia?

- 1 Ocasionalmente
- 2 Regular y pocos
- 3 Regular y muchos
- 4 Muchísimos

### 4. ¿Qué grado de incapacidad le produce su dolor?

- 1 Ligera
- 2 Moderada
- 3 Ayuda necesaria
- 4 Total



**5. ¿Cómo son sus horas de sueño?**

- 1 Normal
- 2 Despierta alguna vez
- 3 Despierta varias veces
- 4 Insomnio

**6. ¿Toma sedantes para dormir?**

- 1 Sí
- 2 No

**7. ¿Ha pedido la asistencia de un sacerdote/pastor/imán durante su ingreso?**

- 1 Sí
- 2 No

**8a. ¿Ha recibido ayuda psicológica?**

- 1 Sí
- 2 No

**8b. Si no la ha recibido, ¿le ayudaría de algún modo recibirla?**

- 1 Sí
- 2 No

**9. ¿Dispone de familiares, cuidadores o amigos que le sirvan de apoyo?**

- 1 Sí
- 2 No



Resultados de la Encuesta															
					Encuesta - Respuestas										
Individuo	Sexo	Edad	Grado Depend.	Motivo Ingreso	Preg 1	Preg 2	Preg 3	Preg 4	Preg 5	Preg 6	Preg 7	Preg 8a	Preg 8b	Preg 9	Test Lattinen
X <sub>1</sub>	M	73	3	1	3	3	3	3	2	2	2	1		1	13
X <sub>2</sub>	M	75	4	1	4	3	4	3	3	1	1	2	2	1	17
X <sub>3</sub>	M	79	3	2	4	3	3	3	4	1	1	2	1	1	17
X <sub>4</sub>	H	38	3	1	2	3	2	3	4	1	2	2	1	1	14
X <sub>5</sub>	H	61	5	1	2	3	2	4	3	2	1	2	2	1	13
X <sub>6</sub>	H	67	5	1	2	3	3	4	3	1	2	1		1	15
X <sub>7</sub>	H	79	5	1	3	3	3	4	3	1	2	2	2	1	16
X <sub>8</sub>	H	67	3	1	1	3	1	2	2	2	2	2	2	1	8
X <sub>9</sub>	M	78	5	1	4	2	3	4	3	2	2	2	2	1	15
X <sub>10</sub>	M	68	3	1	2	3	3	3	3	1	2	1		2	14
X <sub>11</sub>	H	47	1	1	3	3	3	2	3	1	2	1		1	14
X <sub>12</sub>	M	79	5	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	8
X <sub>13</sub>	H	76	3	2	3	3	4	3	4	1	1	1		1	17
X <sub>14</sub>	H	66	3	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	10
X <sub>15</sub>	M	74	5	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	9
X <sub>16</sub>	M	88	5	2	2	3	2	3	3	1	2	2	2	2	13

### Legenda

Sexo	Grado de Dependencia	Motivo Ingreso
H Hombre	1 Independiente	1 Proceso oncológico
M Mujer	2 Leve	2 Otros (multipatología)
	3 Moderado	
	4 Severo	
	5 Total	



## V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. DE ANDRÉS, J. (2005). Tratamiento del dolor. Evolución histórica hacia la intervención multidisciplinar. *Boletín de Psicología* 84, 11-21.
2. CILENTI V., MILASI C., JORI A. (1982). Evoluzione storica del concetto di dolor. *Medicina nei secoli* 19, 225-230.
3. CF. FERNÁNDEZ TORRES, B., MÁRQUEZ C., DE LAS MULAS, M. (1999). Dolor y enfermedad: evolución histórica I. De la Prehistoria a la Ilustración. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 6, 281-291.
4. CF. FERNÁNDEZ TORRES, B., MÁRQUEZ C., DE LAS MULAS, M. (1999). Dolor y enfermedad: evolución histórica II. Del siglo XIX a la actualidad. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 6, 368-379.
5. MOSCOSO, J. (2011). *Historia cultural del dolor*. Madrid: Taurus.
6. MONTEALEGRE GÓMEZ, D.C. (2014). Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. *Revista Cuidarte* 5(1), 679-688.
7. RODRÍGUEZ, L., BLANCO, A. (2005). Evaluación del dolor. *Boletín de psicología* 84, 77-90.
8. VALENTÍN MAGANTO, V., MINGOTE ADÁN J.C., LÓPEZ ESPINO, M. (2015). *Dolor. Asistencia clínica. Manejo en el ámbito médico- psicológico*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
9. GONZÁLEZ ESCALADA, J.R. EL AL. (2003). *Ciencia y humanidad en una cultura plural*. Zaragoza: Hospital San Juan de Dios.
10. CF. DU BOLULAY, S., RANKIN, M. (2011). *Cicely Saunders*. Madrid: Ediciones Palabra, S.A.
11. PARDO C., MUÑOZ T., CHAMORRO C. (2006). Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina Intensiva* 30(8), 379-385.
12. RODRÍGUEZ, M.J. (2006). *Valoración y manejo del dolor*. Castelló: Arán Ediciones S.L.
13. TORRES VIÑALS, M., COMPAÑ BUENO, V. (2011). *La experiencia del dolor*. Cataluña: UOC.
14. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. (2014). *Guía de Cuidados Paliativos*. Obtenida el 9 de agosto de 2015 de



<http://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/8-CANCER%20Y%20CUIDADOS-PALIATIVOS/guiacp.pdf>

15. SÁNCHEZ MUNIZ, M., GONZÁLEZ PÉREZ, C. (2009). Reflexiones en torno a los problemas éticos y bioéticos en el tratamiento del paciente en fase terminal. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 25(4), 98-106.
16. CF. TWYXCROSS, R. (1999). *Introducing Palliative Care*. Oxford 3: Radcliffe Medical Press.
17. BARRETO, M.P., BAYÉS, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. *Anales de psicología* 6(2), 169-180.
18. SOSA SÁNCHEZ, K., RAMÍREZ MORA, J.C., ALARCÓN ALMANZA, J.M., FUENTES GARCÍA, V.E. (2014). Cuidados Paliativos en el Hospital Infantil de México. *Revista Mexicana de Anestesiología* 37(3), 171- 176.
19. ROMEO CEPERO D.V., PÉREZ PÉREZ F. ROBINSON DELGADO A. (2007). Caracterización de los pacientes terminales y su atención domiciliaria por parte de un equipo básico de salud. *Revista Cubana de Medicina* 23(3), 1-9.
20. LINARES GIRALDO, RENÉ. (2005). Educación en dolor y cuidados paliativos: reflexiones sobre un programa de entrenamiento formal en Colombia. *Persona y bioética* 9(2), 68-75.
21. BELKYS VÁSQUEZ, Z. (2008). Manejo del Paciente con Dolor y Delirio. *Informe Médico* 10(7), 421-425.
22. REDONDO RODÓN, B.F., CHACÓN ROGER, M., GRAU ABALO, J.A., NICOT VERDECIA, L. (1998). Evaluación de la sintomatología más frecuente en el paciente oncológico en fase terminal. *Revista Cubana de Oncología* 14(2), 83-86.
23. LARRAMENDI BALVA, J., GUTIÉRREZ ZAMORA, D., FUTIEL O'FARRIL, N., FRÍAS TAMAYO, J.A., PEÑA ANGLÍN, M. (2013). Intensidad del dolor en pacientes con cáncer según etapas clínicas en el municipio de Manzanillo. *MEDISAN* 17(8), 3023-3028.
24. ROQUÉ SÁNCHEZ, M.V., GONZALVO-CIRAC, M. (2013). *El sentido del Vivir en el Morir*. Pamplona: Aranzadi, S.A.
25. CF. GARCÍA G., FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ C. (2001). Parámetro de calidad de vida en pacientes oncológicos terminales en hospitalización domiciliaria. *Psicothema* 2, 310-317.
26. FONSECA, M., SCHLACK C., MERA, E., MUÑOZ O., PEÑA, J. (2013). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. *Revista Chilena de Cirugía* 65, 321-328.



27. COVARRUBIAS GÓMEZ, A., VILLEGAS SOTELO, E., MENDOZA REYES J. (2014). Evaluación de la calidad del sueño en pacientes con dolor crónico de origen no oncológico. *Revista Mexicana de Anestesiología* 37(4), 253-259.
28. KÜBLER-ROSS, E. (2008). *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
29. VILLALPANDO, A.A.; SÁNCHEZ GRANADOS, P. (1999). Procedimientos, técnicas y comunicaciones en bioética, psiquiatría y medicina molecular. La relación médico- paciente con enfermedad terminal. *Revista de Sanidad Militar* 53, 210.
30. MUÑOZ E., MONJE D. (2010). Valoración del dolor total en el Policlínico. Alivio del dolor y cuidados paliativos del Complejo Hospitalario San José. *El Dolor* 54, 26-34.
31. CF. LUGTON, J. (2002). *Communicating with dying people and their relatives*. United Kingdom: Radcliffe Medical Press Ltd.
32. BELDA INIESTA, J. (2015). *Introducción a la realización de trabajos de fin de título*. Murcia: Iuris Universal Ediciones.
33. SALAMANCA CASTRO, A.B. (2013). *El aeiou de la investigación en enfermería*. Madrid: Fuden.

