

Curso 2020 / 2021

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A NIVEL PSICOLÓGICO Y ESPIRITUAL PARA EL MANEJO DEL
MALESTAR EMOCIONAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES EN CUIDADOS
PALIATIVOS

Usoa Arrondo Baltasar

RESUMEN

Introducción: Los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante el alivio del sufrimiento a través de la evaluación y tratamiento de las necesidades físicas, psicosociales y espirituales. En esta modalidad de cuidados, se encuentran los pacientes oncológicos. El profesional sanitario debe proporcionar un buen control de síntomas físicos como emocionales. Por lo que, para el manejo emocional, debe tener presente las necesidades psicológicas y espirituales.

Objetivo: Analizar los cuidados enfermería a nivel psicológico y espiritual para el manejo del sufrimiento emocional en pacientes oncológicos terminales en cuidados paliativos.

Metodología: Revisión sistemática a través de una búsqueda bibliográfica sobre los cuidados psicológicos y espirituales de enfermería para pacientes oncológicos terminales en cuidados paliativos. Las bases de datos consultadas han sido PubMed, Cuiden, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), Cochrane Plus y MEDES.

Resultados: Los síntomas psicológicos y espirituales más comunes en los pacientes oncológicos terminales son la depresión, la ansiedad, el síndrome confusional agudo y el sufrimiento espiritual. Para el manejo de estos síntomas, la enfermera debe proporcionar apoyo emocional explorando con el paciente qué es lo que ha desencadenado esas emociones.

Discusión: Un gran número de autores señalan que las enfermeras tienen un papel relevante en la atención de las necesidades psicológicas y espirituales de los pacientes oncológicos terminales en cuidados paliativos, aunque, por otra parte, otros autores destacan la dificultad de atender estas necesidades por parte de enfermería.

Conclusión: Para el manejo del sufrimiento psicológico y espiritual, es importante como enfermeras darles oportunidad de hablar para expresar sus temores, mostrar respeto por sus necesidades individuales y mostrar empatía, entre otras, para aliviar el malestar emocional.

Palabras clave: cuidados paliativos al final de la vida, paciente oncológico, malestar emocional, necesidades psicológicas, necesidades espirituales.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	3
3. METODOLOGÍA.....	4
4. RESULTADOS.....	7
4.1. Principales síntomas psicológicos y espirituales del paciente oncológico terminal	7
4.2. Manejo de los síntomas psicológicos y espirituales del paciente oncológico terminal en cuidados paliativos	8
4.3. Papel de enfermería en el acompañamiento del paciente oncológico terminal al final de la vida	14
5. DISCUSIÓN.....	16
6. CONCLUSIÓN	17
7. BIBLIOGRAFÍA.....	19
8. ANEXOS	25
8.1. Estrategia y resultados de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos.....	25
8.2. Estudios seleccionados en la búsqueda ordenados de mayor a menor nivel de evidencia científica y de más a menos reciente.	26
8.3. Cuestionario de Detección del Malestar Emocional (DME).....	38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descriptores: DeCS, MeSH y PC/KW....	4
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.....	5
Tabla 3: Ejemplo de apoyo de los servicios voluntarios.	14

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica..	6
Figura 2: Pirámide de Haynes.	6

1.INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los Cuidados Paliativos (CP) como «un enfoque de atención que mejora la calidad de vida de las personas enfermas y de sus familias afrontando los problemas asociados con enfermedades mortales a través de la prevención y alivio del sufrimiento. Todo ello, mediante la rápida identificación, y correcta valoración y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales» (1). En esta modalidad de cuidados, se encuentran los pacientes oncológicos. El aumento de la incidencia del cáncer y una mayor supervivencia de estos pacientes, debido a los avances en la detección precoz y el tratamiento, ha provocado un mayor número de pacientes con esta enfermedad (2).

Según la Asociación de Enfermos Contra el Cáncer (AECC), el cáncer es una enfermedad caracterizada por una división incontrolada de las células del organismo. Dichas células, crecen sin control y sufren nuevas alteraciones, adquiriendo la facultad de invadir tejidos y órganos de alrededor (infiltración), y de trasladarse y proliferar en otras partes del organismo (metástasis) (2). El 75-80% de los cánceres son debidos a factores externos, por lo que son modificables (consumo de tabaco, alcohol, etc.); el 20-25% son producidos por factores que no se conocen con exactitud, algunos de ellos pueden ser los factores genéticos (1).

Dentro de la aplicación de cuidados paliativos, se encuentran dos tipos de pacientes oncológicos. Por un lado, los que se encuentran en fase terminal, sin un tratamiento activo curativo para parar el crecimiento anormal de las células cancerígenas. Por otro lado, los que se encuentran en un estadio avanzado de su enfermedad, con pocas posibilidades de curación pero que son capaces de responder potencialmente a tratamientos específicos que no han sido aplicados y podrían aumentar la supervivencia y/o mejorar la calidad de vida si son eficaces. Es decir, la enfermedad metastásica avanzada no tiene por qué ser sinónimo de enfermedad terminal (2).

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) la enfermedad terminal se caracteriza por (3):

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades de respuesta a tratamientos específicos.
- Numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no de la muerte.
- Pronóstico inferior a 6 meses.

Es decir, el paciente terminal tiene por definición una expectativa de vida corta y el objetivo del profesional sanitario debe ser el acompañamiento en el sufrimiento, mejorando su calidad de vida. Para ello, es necesario satisfacer las necesidades del paciente oncológico terminal, que además de un buen control de los síntomas (astenia, diarrea, insomnio, deshidratación, entre otros) (4) también están la seguridad, aceptación, amor, pertenencia, autoestima y autorrealización (5). Así mismo, se encuentran las necesidades emocionales: poder expresar los temores y las preocupaciones, controlar la ansiedad, poder desahogar la tristeza, no sentirse desamparado, sentirse satisfecho con los logros, sentirse como un individuo y no como un caso médico y recibir apoyo para afrontar la situación de la mejor manera posible (6).

Las enfermeras deben ser capaces de explicar a la persona que todos los esfuerzos terapéuticos realizados pueden llegar a ser ineficientes y deben mostrar honestidad para decir hasta aquí hemos llegado. Este es un momento clave para apoyar al paciente, en el que el personal de enfermería debe tomarse el tiempo necesario para hablar y asistir en las necesidades del paciente, creando un ambiente cómodo y acogedor para poder identificar las necesidades biopsicosociales y espirituales; de esta manera ayudando a manejar el malestar emocional de los mismos (7). En cuanto a las necesidades biológicas, hoy en día existe una amplia gama de fármacos para aliviar los síntomas físicos; pero ¿qué pasa con las necesidades psicológicas y espirituales? Numerosos estudios han demostrado que estas dos últimas necesidades suelen quedar sin ser atendidas por parte del personal sanitario, ya que no presentan la formación necesaria para su manejo.

Además, es de vital importancia atender los síntomas psicológicos y espirituales para ayudar a afrontar el malestar emocional de los pacientes oncológicos en fase terminal (8). Para el manejo emocional, las enfermeras oncológicas y de cuidados paliativos, utilizan programas de cuidados paliativos, mediante los cuales crean planes de atención individualizados y brindan apoyo continuado mediante reuniones tanto individuales como con la familia o con el equipo interdisciplinar (7).

2. OBJETIVOS

Los objetivos a los que pretende dar respuesta este trabajo son los siguientes:

Objetivo principal:

Analizar los cuidados de enfermería a nivel psicológico y espiritual para el manejo del sufrimiento emocional en pacientes oncológicos terminales en cuidados paliativos.

Objetivos específicos:

- Identificar los principales síntomas psicológicos y espirituales del paciente oncológico terminal, para conseguir el bienestar emocional de los mismos.
- Describir el manejo de los síntomas psicológicos y espirituales del paciente oncológico terminal en cuidados paliativos.
- Analizar el papel de enfermería en el acompañamiento del paciente oncológico terminal al final de la vida.

3. METODOLOGÍA

Para cumplir con los objetivos planteados se ha llevado a cabo una revisión sistemática. Para eso, ha sido necesario formular una pregunta de investigación que dé respuesta a dichos objetivos buscados:

¿Cuáles son los cuidados de enfermería en el manejo del sufrimiento emocional de los pacientes oncológicos terminales en cuidados paliativos?

En esta pregunta clínica, se han diferenciado varios aspectos:

Patient (paciente): Pacientes oncológicos terminales en cuidados paliativos.

Intervention (intervención principal): Cuidados que ofrece la enfermera a nivel psicológico y espiritual en relación con el manejo del malestar emocional del paciente.

Outcome (resultados): Bienestar y confort de los pacientes.

Partiendo de la pregunta planteada, se ha efectuado una búsqueda de información en bases de datos electrónicas desde 20/11/2020 hasta 15/12/2020, entre las que se encuentran: PubMed, Cuiden, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), Cochrane Plus y MEDES.

Para conseguir los objetivos planteados y elaborar las estrategias de la búsqueda se han atribuido a cada apartado las Palabras Clave (PC)/ Keywords (KW), “Descriptor de Ciencias de la Salud” (DeCS) y “Medical Subject Headings (MeSH), en correspondencia a cada apartado de la pregunta PIO (tabla 1).

Tabla 1. Descriptores: DeCS, MeSH y PC/KW. Fuente: elaboración propia.

Estructura PIO	DeCS	MeSH	PC/KW
P	-Cuidados Paliativos -Instituciones Oncológicas -Cuidado Terminal	-Palliative Care -Cancer care Facilities -Terminal Care	-Paciente oncológico -Cuidados Paliativos al Final de la Vida/Hospice Care
I	-Atención de Enfermería	-Nursing care	-Manejo emocional /emotional management -Atención psicosocial -Necesidades psicológicas -Necesidades espirituales
O	-Comodidad del Paciente	-Patient Comfort	- Confort - Bienestar emocional

Con el fin de concretar la búsqueda en las bases de datos se han aplicado los siguientes filtros: artículos en castellano e inglés, artículos publicados en los últimos 10 años y la utilización del operador booleano “AND” para el 100% de las combinaciones de los descriptores mencionados anteriormente. Asimismo, para la correcta selección de artículos se han establecido unos criterios de inclusión y exclusión sobre los resultados en la búsqueda leyendo el título y el resumen de estos (tabla 2).

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: elaboración propia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Consideren el rol de la enfermera. • El idioma: español o inglés. • Estudien los síntomas psicológicos y espirituales. • Profundicen en el manejo emocional y el confort del paciente oncológico en fase terminal. • Cuidados dirigidos hacia pacientes adultos. • Hablen sobre el paciente oncológico en fase terminal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Traten sobre pacientes pediátricos oncológicos. • Traten sobre otros cuidados oncológicos que no entren en el ámbito paliativo. • Traten sobre pacientes paliativos que no sean oncológicos. • Traten sobre pacientes oncológicos paliativos que no estén en fase terminal. • Traten sobre los síntomas fisiológicos.

Por último, se han consultado páginas web de diferentes organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), Paliativos Sin Fronteras, Cancer.Net y NNN Consult.

Las estrategias de búsqueda realizadas, así como los resultados obtenidos en las diferentes bases de datos, pueden consultarse en el Anexo 1.

Tras la búsqueda bibliográfica, aplicando los filtros mencionados, se realiza una preselección de 183 artículos. Posteriormente, tras la lectura del título y resumen de los artículos teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión mencionados, se preseleccionan un total de 78 artículos y se realiza una lectura crítica de dichos artículos. Finalmente, se seleccionan un total 33 artículos para trabajar los objetivos planteados en este trabajo (*figura 1*):

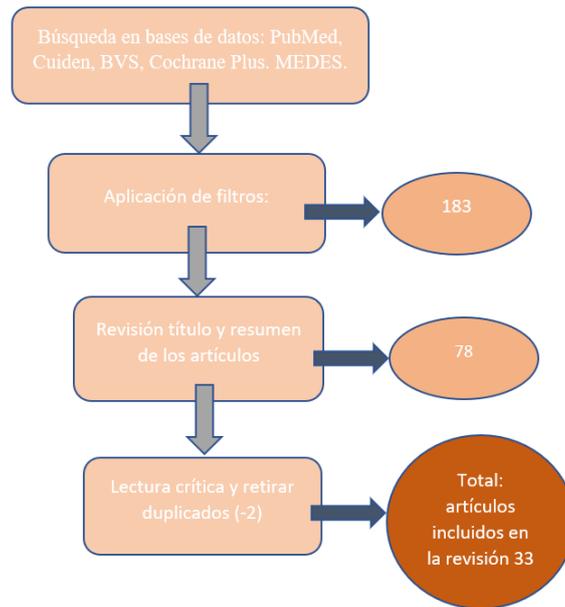


Figura 1: Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica. Fuente: Elaboración propia.

Dichos artículos, junto con sus objetivos y características, quedan recogidos en el anexo 1. Estos han sido clasificados de mayor a menor nivel de evidencia científica, mediante la pirámide de Haynes (figura 2):

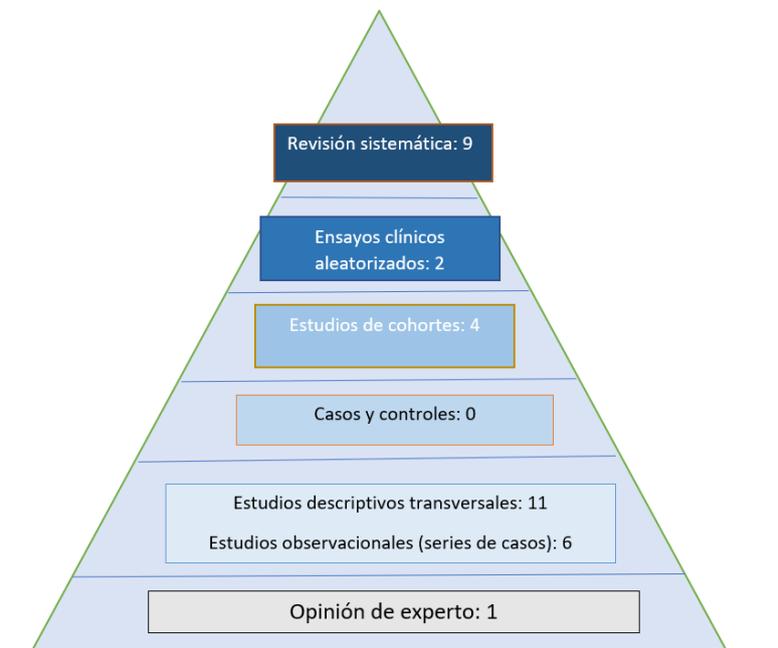


Figura 2: Pirámide de Haynes. Fuente: adaptación propia de Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, et al. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 2nd ed. Edimburgh: Churchill Livingstone, 2000.

4. RESULTADOS

4.1. PRINCIPALES SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y ESPIRITUALES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL

Los pacientes oncológicos terminales en cuidados paliativos sufren de malestar emocional, ya que la situación que viven tiene un gran impacto en su bienestar. Para comprender las respuestas emocionales de los enfermos es importante conocer los síntomas físicos, sociales, psicológicos y espirituales. Lo que comporta la necesidad de evaluar la situación del enfermo, de manera holística y continuada (9).

A través del cuestionario de Detección del Malestar Emocional (DME) la enfermera puede detectar el malestar emocional de estos pacientes, para poder intervenir en los síntomas psicológicos y espirituales (anexo 3) (9).

En cuanto a los principales síntomas psicológicos, se encuentran la **depresión y la ansiedad**. Los diagnósticos de enfermería relacionados con el sufrimiento psicológico son: ansiedad, ansiedad relacionada con la muerte, miedo, tristeza crónica, pesar, desesperanza y sentimiento de impotencia (6). Muchas de estas situaciones se podrían evitar con un seguimiento cercano, prestando el apoyo necesario al paciente y a los familiares y facilitando la información adecuada en cada momento (10).

La ansiedad o la depresión pueden tener múltiples factores, ya sean biológicos, sociales, psicológicos o espirituales. En cuanto a los síntomas físicos/biológicos que pueden desencadenar síntomas de ansiedad se encuentran el dolor (6), la disnea, las náuseas y los vómitos (10).

Continuando con los principales síntomas psicológicos de los pacientes oncológicos en fase terminal, también se encuentra **el síndrome confusional agudo (delirio y agitación)**. El delirio es el trastorno cognitivo más frecuente en cuidados paliativos. Se produce hasta en un 80% de los pacientes con cáncer avanzado y es un factor de mal pronóstico a corto plazo. Se caracteriza por ser una alteración del estado de conciencia con pérdida de memoria y desorientación temporo-espacial que se produce en un corto período de tiempo (horas/días) y que suele ser fluctuante a lo largo del día (6). El estreñimiento es uno de los principales factores extrínsecos que puede producir

manifestaciones psicológicas como el delirio, por lo que se deben mantener medidas higiénico-dietéticas como medida de prevención (11).

Por último, se encuentra **el sufrimiento espiritual** de los pacientes oncológicos en fase terminal. Es concurrente el estado de sufrimiento relacionado con el deterioro de la habilidad para experimentar el sentido de la vida a través de conexiones con el yo, los otros, el mundo o un ser superior (6, 12); se dice que el enfermo presenta sufrimiento espiritual cuando tiene una aceptación inadecuada de la enfermedad, una culpabilidad, una disminución de la serenidad, estrategias de afrontamiento ineficaces, ira, cuando no se siente querido, cuando hay una percepción de sentido de la vida y un valor insuficiente, cuando rechaza la interacción con personas significativas, cuando se separa del sistema de apoyo, cuando presenta desinterés por la naturaleza, la música y el arte, cuando muestra desesperanza y sentimiento de abandono, entre otros muchos (12). Por lo que es importante que la enfermera trabaje con el paciente el proceso de re-conexión con el amor, el amor que guía la vida y el amor que vuelve a encontrarnos en la muerte (5).

4.2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y ESPIRITUALES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL EN CUIDADOS PALIATIVOS

Los síntomas psicológicos y espirituales mencionados son de gran importancia y deben tratarse para hacer realidad el objetivo de los cuidados paliativos, que es conseguir su mayor bienestar y una muerte tranquila. La atención psicosocial y espiritual se produce en cuatro momentos del cuidado de los pacientes y familiares: antes del comienzo del proceso de final de la vida, tras el comienzo de la fase de limitación de la vida, durante el proceso de morir y después del fallecimiento: el duelo (13).

Los pacientes oncológicos terminales en cuidados paliativos se encuentran en la fase del proceso de morir, por lo que es importante como enfermeras conocer el manejo de los síntomas psicológicos y espirituales que sufren estos pacientes para el manejo del sufrimiento emocional y de esta manera conseguir el confort del paciente (13).

Según va avanzando la enfermedad y se acelera el final de la vida, una detección temprana de la fase terminal da como resultado cambios en la atención de enfermería, que mejora el bienestar y la comodidad del paciente (14). En esta fase, los pacientes oncológicos terminales tienen conocimiento sobre su diagnóstico, lo cual hace que la conspiración de silencio sea menor (15). Sin embargo, se observa menor conocimiento del pronóstico (16).

Mediante los programas de cuidados paliativos, se respalda la ampliación del papel de la enfermera de oncología para gestionar las necesidades de estos pacientes, donde diseñan planes de atención y brindan apoyo por medio de reuniones en colaboración con los cuidadores/familiares y organizaciones de la atención entre los miembros del equipo interdisciplinario (7). En esta fase terminal, las necesidades de los pacientes oncológicos son las siguientes (7, 17):

- Físicas: Supervivencia y confort (control de síntomas físicos).
- Psico-sociales:
 - Seguridad: Confianza en sus cuidadores y garantía de no abandono.
 - Aceptación: Reconocer sus posibilidades actuales, sentirse bien aceptado y comprendido.
 - Amor: Dar amor y ser amado.
 - Pertenencia: Sentirse miembro de una familia, un grupo.
 - De autoestima: Sentirse útil, consultado y bien presentado.
- Espirituales (18):
 - Necesidades de estima: necesidad de ser aceptado como persona, reconociendo su identidad; de dar y recibir amor; de compasión y amabilidad; de no perder la conexión con el mundo; de confianza y de cuidado respetuoso de sus funciones corporales.
 - Necesidades religiosas: así como rezar.
 - Necesidades de esperanza: implica sentir paz y/o alegría, mantener una perspectiva positiva, tener un espacio reservado a la meditación o la reflexión, ser agradecido y experimentar la risa y/o tener sentido del humor.

- Necesidades de valores y sentido: encontrar significados en la vida; encontrar sentido al sufrimiento y/o la muerte.
- Necesidades éticas: la presencia de la naturaleza, la música, las obras de arte.
- Necesidades ante la muerte: repasar la propia vida, reconciliarse, tratar cuestiones sobre la vida después de la muerte etc.

Las enfermeras deben brindar atención a los pacientes, atendiendo a los síntomas físicos, capacidades cognitivas, estado emocional, comunicación familiar y necesidades espirituales. Esto resulta un gran desafío para las enfermeras, ya que deben hacer frente a los errores de comunicación interprofesional durante la transición de cuidados curativos a cuidados paliativos, responder a las dudas de los pacientes/familia, indagar en la conexión emocional de los pacientes y adaptarse a los factores socioculturales de cada paciente. Por lo que es de gran importancia que las enfermeras de cuidados paliativos reciban educación y apoyo (19).

Estudios recientes han mostrado que muchas enfermeras todavía perciben dificultades para comunicarse con pacientes diagnosticados de cáncer con angustia psicológica y que carecen de confianza en su evaluación y el manejo en la práctica clínica habitual. Por lo que, una formación en psico-oncología para enfermeras es muy eficaz para que las enfermeras mejoren la confianza, conocimiento y actitud asociados con el cuidado de pacientes con cáncer (20), ya que las enfermeras están muy presentes en este proceso pre-mortem (21).

Para el manejo de la ansiedad y la depresión, las técnicas de relajación, masajes, darle oportunidad para expresar sus temores y favorecer un ambiente tranquilo y confortable pueden ser medidas muy útiles (10), además de utilizar un enfoque sereno que dé seguridad, explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el proceso de morir, proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico, permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo y animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso (12). También se ha observado que como tratamiento alternativo a

la depresión y ansiedad la musicoterapia es muy eficaz; ya que los pacientes sienten emociones positivas y desafiantes lo cual, les produce un mayor bienestar psicofisiológico (22). El tratamiento farmacológico sólo debería iniciarse en caso de que el paciente presente un síndrome depresivo patológico o el periodo de adaptación se prolongue más allá de unas pocas semanas (10). Sin embargo, los seres humanos somos seres biopsicosociales y espirituales, por lo que los síntomas físicos también influyen en el estado psicológico del paciente. Para el alivio de los síntomas físicos comunes en los pacientes oncológicos, se encuentran los opioides, generalmente utilizados para tratar el dolor por cáncer (4) y la disnea (23), aunque producen varios efectos secundarios como la astenia, diarrea, estreñimiento, insomnio, cambio en el estado de ánimo, alucinaciones y deshidratación entre otros (4). El tratamiento con fentanilo puede ser una opción eficaz y segura para el control de la disnea irruptiva en pacientes terminales, aunque no existe suficiente grado de evidencia que justifique su uso (24). Siguiendo con el tratamiento para la disnea, se encuentra el oxígeno. Se suele utilizar como “atención de confort” para pacientes al final de la vida. Las enfermeras deben hacer uso de él ante estas situaciones: comodidad del paciente, solicitud de la familia, comodidad emocional de la familia, prolongación de la vida cuando esa es la voluntad del paciente o comodidad emocional del personal sanitario (25). También se encuentran los corticosteroides sistémicos: para el tratamiento de la disnea en pacientes adultos con cáncer, aunque la evidencia de la eficacia de los corticoides es baja (26).

Por otro lado, para el manejo del síndrome confusional agudo (delirio y agitación), existen medidas no farmacológicas cuyo principal responsable es el personal de enfermería. Las enfermeras deben realizar las siguientes intervenciones como tratamiento alternativo: permitir la presencia de un familiar y proporcionar al paciente objetos familiares, reorientarles en espacio, tiempo y lugar, dar explicaciones e instrucciones simples, mantener un entorno tranquilo y acogedor mediante una temperatura adecuada de la habitación, proporcionar un contacto visual frecuente y mantener una luminosidad adecuada en todo momento. También es recomendable evitar despertar al paciente durante la noche y respetar el descanso, además de favorecer la autonomía en la medida de lo posible, aunque estén en las últimas horas de vida (6). Sin embargo, la farmacoterapia utilizada para aliviar el síndrome confusional agudo, en concreto el

haloperidol y la risperidona, pueden empeorar ligeramente los síntomas del delirio; además, se ha encontrado información de calidad baja a moderada que dice que estos fármacos pueden aumentar ligeramente los efectos secundarios adversos, por lo que es aconsejable reducir los fármacos al mínimo (27).

En cuanto al manejo del sufrimiento espiritual, la enfermera debe proporcionar apoyo emocional comentando la experiencia emocional con el paciente, explorando con el paciente qué ha desencadenado esas emociones, realizando afirmaciones empáticas o de apoyo, abrazando o tocando al paciente para proporcionarle apoyo, ayudando al paciente a reconocer sentimientos tales como la ira o tristeza y remitiendo a servicios de asesoramiento, si se precisa. Además, para el sufrimiento espiritual, es de gran ayuda que los profesionales sanitarios concerten visitas con un consejero espiritual individual, recen con el paciente, fomenten el uso de recursos espirituales, faciliten el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo (12).

La integración diaria de medidas de confort y tratamiento activo permite que el paciente y la enfermera se vean como compañeros de equipo ayudando a salvar la distancia física y emocional al final de la vida forjando una relación terapéutica para una comunicación clara, donde los enfermos puedan tomar decisiones que promuevan el bienestar y minimicen los miedos (28).

Para una buena comunicación con los pacientes oncológicos terminales, es fundamental tener habilidades para ello, así como la escucha activa, la empatía y la expresión eficaz. Lo cual, según un estudio realizado, se observó que con respecto a la escucha activa fueron pocos los profesionales de enfermería que la practicaban. En cuanto a la empatía, casi la mitad de los profesionales fueron empáticos y menos de la mitad de los enfermeros utilizaron la expresión eficaz. Es por eso, que tiene gran importancia la formación específica para mejorar la comunicación (29, 30). Ya que, según el estudio que realizaron Garrido y Gil, el 90% de los enfermos hablan poco sobre las necesidades psicosociales con los profesionales sanitarios (31), por lo que no se llega a realizar una valoración holística para abordar todas las necesidades del paciente (29). Sin embargo, en el ámbito domiciliario, generalmente los pacientes se sienten bien atendidos en cuanto a la

necesidad de comunicarse con las enfermeras, ya que, en un entorno acogedor, les es más fácil expresar sus emociones, necesidades, temores y opiniones (32).

Según el estudio realizado por Bermejo y cols. la atención espiritual ayuda a sentirse esperanzado, confortado y a encontrar significado a la situación terminal. Atendiendo esta necesidad, mejora la calidad de vida y ayuda al afrontamiento de la muerte sobre el paciente y la familia (33). Para la búsqueda de sentido a la vida, se proponen cuatro áreas temáticas que integran las necesidades existenciales en los pacientes (5):

- Resiliencia (dar valor a la experiencia vivida, actualizar la capacidad de entrega, vínculos afectivos, crecimiento en momentos críticos...).
- Encuentro significativo (expresar afecto, sentirse útil en relación con los demás, compartir momentos significativos).
- Redención (pedir perdón, cerrar asuntos pendientes, reconciliarse).
- Re-significación (gratitud hacia lo vivido, sentirse apoyado...).

No obstante, la enfermera también debe prestar atención a las necesidades de la familia ya que sufre con y por el enfermo. Es por eso que, para una atención holística y de calidad, es necesario poner en valor las vivencias de las personas cuidadoras y tener en cuenta las necesidades individuales de cada persona para brindar la mejor atención de enfermería (34).

Para abordar tanto las necesidades de los pacientes como de la familia, existen los servicios voluntarios. Estos servicios brindan compañía, dan un sentido de autoestima, proporcionan información y cuidados de relevo para brindar el alivio necesario a los familiares. Se proporcionan a través de servicios ambulatorios, domiciliarios, por vía telefónica u hospitalarios y pueden cumplir una amplia gama de funciones que podrían no satisfacerse a través de los servicios de atención médica tradicionales (tabla 3) (35).

Tabla 3: Ejemplo de apoyo de los servicios voluntarios. Fuente: adaptación propia de D.A.Marcus. The Role of Volunteer Services at Cancer Centers. Curr Pain Headache Rep (2013) 17:376. DOI 10.1007/s11916-013-0376-1

Ejemplo de rol de apoyo	
Emocional	Escuchar preocupaciones, tomar una mano.
Social	Jugar a juegos, compartir pasatiempos, salir a caminar.
Práctico	Hacer recados, proporcionar transporte, proporcionar respiro de la prestación de cuidados.
Información	Proporcionar información sobre los servicios disponibles.
Espiritual	Rezar con el paciente...
Dolor	Mantenerse conectado después de la muerte de un paciente, ayudar con servicios conmemorativos...
Profesional	Peluquería, asesoría legal...

4.3. PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL ACOMPAÑAMIENTO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL AL FINAL DE LA VIDA

Cuando una persona entra en la etapa final del proceso de morir, se encuentra sometida a dos dinámicas íntimamente relacionadas. Por una parte, se encuentra el plano físico, donde las funciones del cuerpo comienzan a apagarse; y por otra, el plano mental, emocional y espiritual, donde la conciencia de la persona comienza el proceso final de desapego o desinterés por el propio cuerpo y por sus condiciones sociales. Este proceso sucede cuando el paciente ha resuelto aquellos aspectos pendientes y es la forma normal y natural por la cual la conciencia se prepara para abandonar la vida, por lo que la enfermera debe asegurarse del bienestar emocional del paciente en esta etapa del final de la vida para que el paciente muera tranquilo (36). Para ello, es importante preguntar al paciente dónde quiere morir, siempre que quepa la posibilidad, facilitando los cuidados en el domicilio y preguntando a la familia qué necesita y qué se puede hacer para cumplir algún deseo de la persona que va a fallecer, ya que la muerte se ha medicalizado y no se le da la suficiente importancia a los aspectos psicosociales y espirituales. Por lo tanto, es significativo como enfermeras proporcionar bienestar emocional mediante la comunicación, el acompañamiento, el *counselling* (método de trabajo que consiste acompañar al individuo que está viviendo una situación difícil y ayudarlo a superarla) y el apoyo familiar (37).

Para ofrecer la máxima comodidad y el mejor acompañamiento posible, las enfermeras también deben tener en cuenta las necesidades físicas que presentan estos pacientes en las últimas horas de vida, por lo que es de gran importancia tratar el confort mediante el cambio de sábanas, cambios posturales, tratando la xerostomía, entre otros muchos (36). Además, como último recurso para afrontar la agonía y los síntomas refractarios como el dolor, la disnea, el delirium, la hemorragia etc., también se recurre a la sedación paliativa; esto es, la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia y aliviar el sufrimiento del paciente. Para esta práctica, es obligatorio el consentimiento explícito del paciente o familiar y una vez esté indicada y exista consentimiento, el médico tiene la obligación de aplicarla (38). La sedación paliativa es una técnica realizable en el domicilio, sin que existan diferencias con respecto al ámbito hospitalario, por lo que la Hospitalización a Domicilio es un modelo asistencial que garantiza un abordaje de los cuidados paliativos íntegros, abordando el confort del paciente en todo momento (38).

El final de la vida de los pacientes marca el comienzo de un cambio de vida para los familiares y el entorno. Es importante que la enfermera deje a la familia despedirse del paciente el tiempo que necesite antes de empezar con el proceso de amortajamiento, para así cerrar ese ciclo y recuperarse del estrés y reanudar progresivamente las actividades de la vida. En relación con el momento post-mortem, se ha observado que las enfermeras están menos presentes (21), lo cual es un momento importante para el apoyo psicológico ya que, aplicándolo, los familiares son más propensos a tener percepciones positivas después del duelo, además de tener una percepción positiva de la Unidad de Cuidados Paliativos (37). Por el contrario, se ha visto que, en caso de no recibir esta ayuda psicosocial, pueden llegar a tener un duelo patológico, lo cual supone un riesgo importante para la salud de los familiares (17).

5. DISCUSIÓN

El ser humano es un ser biopsicosocial y espiritual por lo que los pacientes oncológicos terminales en cuidados paliativos requieren tanto necesidades físicas, así como el control de los síntomas (astenia, diarrea, insomnio, deshidratación...), como necesidades psicológicas, sociales y espirituales (4, 5, 6, 7, 9). Un gran número de autores señalan que las enfermeras tienen un papel relevante en la atención de las necesidades psicológicas y espirituales. Al pasar largo tiempo con el paciente tienen la posibilidad de forjar una relación terapéutica basada en la confianza y respeto, realizando una valoración holística de la persona enferma, detectando las necesidades individuales de cada paciente (5, 14, 7, 21, 28, 17, 18). Aunque, por otra parte, otros autores destacan que muchas enfermeras perciben dificultades para comunicarse con este tipo de pacientes, ya que carecen de suficiente confianza en la evaluación y en el manejo la práctica clínica (20, 29, 31). Bajo mi experiencia en una unidad de oncología atendiendo a pacientes terminales, me he dado cuenta de que los síntomas físicos son los más tratados, dejando de lado las necesidades psicológicas y espirituales, por lo que el paciente no está siendo atendido holísticamente. Pienso que gran parte del personal de enfermería tiende a evitar profundizar sobre estas necesidades, bien sea por falta de tiempo, por falta de conocimiento, por miedo a la muerte o por falta de habilidades de comunicación, así como la escucha activa, la empatía y la expresión eficaz. Me parece que, mediante una buena formación y programas de detección de malestar emocional, el personal de enfermería tendría más habilidades para poder indagar en las necesidades psicológicas y espirituales de cada paciente, pudiendo así lograr el objetivo de los cuidados paliativos, que es conseguir el confort y bienestar de cada individuo, aunque para ello, todavía tenemos que aprender mucho de la etapa final de una vida y quitarnos el miedo a la muerte, ya que el profesional que se quita el miedo a la muerte, podrá acompañar al paciente y asesorar a la familia con serenidad, que es lo que se necesita en esos momentos.

En cuanto al manejo de los síntomas psicológicos de estos pacientes, hoy en día existe una amplia gama de fármacos donde hay controversia respecto a su demanda y utilidad; la mayoría de los autores apoyan la farmacoterapia para el manejo de la depresión y la ansiedad (6, 4, 24, 26), mientras que, por el contrario, otros autores apoyan el uso de terapias alternativas como la musicoterapia (22), técnicas de relajación, masajes, darle oportunidad para expresar sus temores y favorecer un ambiente tranquilo y confortable (10). Desde mi experiencia, he podido observar que cuando el paciente presenta intranquilidad, angustia, desasosiego, entre otros muchos síntomas psicológicos, lo primero que se hace es darle tratamiento farmacológico para reducir este malestar; o por el contrario si el paciente está desanimado y triste, a la mínima se le prescriben antidepressivos. Sin embargo, muy pocas veces he visto que la enfermera se sienta con el paciente para profundizar sobre sus emociones y necesidades. A lo mejor el paciente no necesita esa pastilla para estar tranquilo, sino que necesita expresar sus miedos, hablar con la familia, escuchar música, rezar etc. y no es capaz de expresarlo. Es por eso que sería importante, como enfermeras, tomarse el tiempo suficiente con los pacientes, ya que la farmacoterapia no va a solucionar sus necesidades psicológicas y espirituales y va a seguir presentando malestar emocional, no llegando a cumplir el objetivo de los cuidados paliativos.

6. CONCLUSIÓN

En este trabajo se ha pretendido conocer el papel de enfermería en el manejo del malestar emocional de los pacientes oncológicos en fase terminal. Las conclusiones que se han obtenido tras realizar la revisión bibliográfica son:

1. Los pacientes oncológicos terminales en cuidados paliativos sufren de malestar emocional y para comprender las respuestas emocionales de estos, es importante tratarlos como seres biopsicosociales y espirituales. En este trabajo, se ha indagado el aspecto psicológico y espiritual, siendo los principales síntomas psicológicos a tratar la depresión, la ansiedad y el síndrome confusional agudo

(delirio y agitación). Por otro lado, igual de importante es tratar el sufrimiento espiritual, para conseguir el bienestar emocional de los pacientes.

2. Una detección temprana de la fase terminal da como resultado cambios en la atención de enfermería, mejorando el bienestar y la comodidad del paciente. En cuanto al manejo de la ansiedad y la depresión, las técnicas de relajación, masajes, darle oportunidad para expresar sus temores y favorecer un ambiente tranquilo y confortable pueden ser medidas muy útiles. El tratamiento farmacológico sólo debería iniciarse en caso de que el paciente presente un síndrome depresivo patológico o el periodo de adaptación se prolongue más allá de unas pocas semanas. En cuanto al manejo del síndrome confusional agudo (delirio y agitación), es importante permitir la presencia de un familiar y proporcionar al paciente objetos familiares, reorientarles en espacio, tiempo y lugar, dar explicaciones e instrucciones simples, mantener un entorno tranquilo y acogedor, proporcionar un contacto visual frecuente y mantener una luminosidad adecuada en todo momento.
3. Para abordar las necesidades espirituales, la enfermera puede apoyar al paciente estando presente, mostrando empatía, ofreciendo oportunidad de hablar y mostrando respeto por sus necesidades individuales. Por eso, se debe prestar atención a los procesos de comunicación e información. Facilitando en la participación de decisiones y favoreciendo la implicación y la comunicación entre el enfermo y el equipo interdisciplinar.
4. En la etapa final de la vida, es importante preguntar al paciente dónde quiere morir, siempre que quepa la posibilidad, facilitando los cuidados en el domicilio y preguntando a la familia qué necesita y qué se puede hacer para cumplir algún deseo de la persona que va a fallecer, Por lo tanto, es significativo que las enfermeras proporcionen bienestar emocional mediante la comunicación, el acompañamiento y el *counselling*.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Suiza: World Health Organization; 2018 [actualizada en 2020; acceso 14 de diciembre de 2020]. Cuidados Paliativos. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- (2) Asociación Española Contra el Cáncer [sede Web]. Madrid: AECC; 2019 [acceso 15 de diciembre de 2020]. Los Cuidados Paliativos. Disponible en: <https://blog.aecc.es/que-son-los-cuidados-paliativos/>
- (3) Sociedad Española de Cuidados Paliativos [sede Web]. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2019 [acceso 12 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.secpal.com/Preocupante-aumento-de-personas-sin-acceso-a-cuidados-paliativos-mas-de-77500-cada-ano>
- (4) Wiffen PJ, Derry S, Moore RA. Impact of morphine, fentanyl, oxycodone or codeine on patient consciousness, appetite and thirst when used to treat cancer pain. Cochrane Database Syst Rev [Internet] 2014 [acceso 11 de diciembre de 2020]; 5. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011056>
- (5) Carrero V, Camacho H, Serrano M, Arrué J, Hidalgo F, Hernández M, et al. Sentido vital en la enfermedad avanzada: desarrollo de una herramienta para guiar la atención psicosocial y espiritual en el paciente y familia. Psicooncología [Internet] 2015 [acceso 22 de noviembre de 2020], 12(2-3), 335-354. Disponible en: https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51013
- (6) Ferreira R, Medeiros D y Rios A. Diagnósticos de enfermería en cuidados paliativos oncológicos: revisión integrativa. Enfermería Global [Internet] 2019 [acceso 21 de noviembre de 2020]; 18, 3: 579-611. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.345201>

- (7) Reiser V, Rosenzweig M, Welsh A, Ren D, Usher B. The Support, Education, and Advocacy (SEA) Program of Care for Women With Metastatic Breast Cancer: A Nurse-Led Palliative Care Demonstration Program. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2019 [acceso 20 de noviembre de 2020]; 36(10):864-870. DOI: [10.1177/1049909119839696](https://doi.org/10.1177/1049909119839696)
- (8) Rose M, Love D, Barrett R, Henley J, Bridges S, Koontz A, et al. "Operating in the dark": Nurses' attempts to help patients and families manage the transition from oncology to comfort care. *J Clin Nurs* [Internet]. 2018 [acceso 20 de noviembre de 2020]; 27(21-22):4158-4167. DOI: [10.1111/jocn.14603](https://doi.org/10.1111/jocn.14603)
- (9) Limonero JT, Mateo D, Maté-Méndez J, González-Barboteo J, Bayés R, Bernaus M, et al. Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME) en pacientes oncológicos. *Gac Sanit* [Internet]. 2012 [acceso 21 de noviembre de 2020]; 26(2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000200009
- (10) Delgado-Guay MO, Ferrer J, Ochoa J, Cantu H, Williams JL, Park M, et al. Characteristics and Outcomes of Advanced Cancer Patients Who Received Palliative Care at a Public Hospital Compared with Those at a Comprehensive Cancer Center. *J Palliat Med* [Internet]. 2018 [acceso 20 de noviembre de 2020]; 21(5):678-685. DOI: [10.1089/jpm.2017.0236](https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0236)
- (11) Zapico G, Alonso S, Tomero E. Tratamiento del estreñimiento inducido por opiáceos en paciente adulto terminal. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)* [Internet]. 2018 [acceso 21 de noviembre de 2020]; 6(1): 32-46. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6317304>
- (12) NNN Consult [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2018 [Consultado el 14 diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com>

- (13) Gallastegui MC. La espiritualidad en la fase terminal. Papel de enfermería [Internet]. Donostia: Paliativos Sin Fronteras. [Consultado el 10 diciembre de 2020]. Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/Espiritualidad-en-enfermeria.pdf>
- (14) Angheluta AA, Gonella S, Sgubin C, Dimonte V, Bin A, Palese A. When and how clinical nurses adjust nursing care at the end-of-life among patients with cancer: Findings from multiple focus groups. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2020 [acceso 20 de noviembre de 2020]. 49: 101856. DOI: [10.1016/j.ejon.2020.101856](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101856)
- (15) Font-Ritort S, Martos-Gutiérrez A, Montoro-Lorite M, Mundet-Pons L. Calidad de la información sobre el diagnóstico al paciente oncológico terminal. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2016 [acceso 13 de diciembre de 2020]. 26 (6): 344-350. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.07.006>
- (16) Bermejo JC, Villaceros M, Carabias R, Sánchez E, Díaz-Albo B, et al. Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. *Medicina Paliativa* [Internet]. 2013 [acceso 13 de diciembre de 2020]. 2(2): 49-59. DOI: [10.1016/j.medipa.2012.07.002](https://doi.org/10.1016/j.medipa.2012.07.002)
- (17) Núñez AJ, Ortega A, Santos JJ, Pozo F, Fernández R, Segura C. Calidad de vida en el paciente paliativo oncológico y su cuidadora, e incidencia de duelo patológico tras la intervención psicológica. *CAVION. Bibl Lascasas* [Internet], 2015 [acceso 21 de noviembre de 2020]; 11(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0844.php>
- (18) Morillo MS, Arroyo A, Romero R, Lancharro I, Calvo I, Oliva A. Estudio descriptivo de las necesidades espirituales en pacientes oncológicos paliativos terminales. *Ética de los Cuidados* [Internet]. 2013 [acceso 21 de noviembre de 2020]; 6(11). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n11/et8039.php>

- (19) Canzona MR, Love D, Barrett R, Henley J, Bridges S, Koontz A, et al. "Operating in the dark" : Nurses' attempts to help patients and families manage the transition from oncology to comfort care. *J Clin Nurs* [Internet]. 2018 [acceso 20 de noviembre de 2020]. 27(21-22): 4158-4167. DOI: [10.1111/jocn.14603](https://doi.org/10.1111/jocn.14603)
- (20) Kubota Y, Akechi T, Okuyama T. Effectiveness of a brief psycho-oncology training program for general nurses: a preliminary study. *Jpn J Clin Oncol* [Internet]. 2018 [acceso 20 de noviembre de 2020]. 48(6):594-597. DOI: [10.1093/jjco/hyy059](https://doi.org/10.1093/jjco/hyy059)
- (21) Hadders H, Paulsen B, Fougner V. Relatives' participation at the time of death: standardisation in pre and post-mortem care in a palliative medical unit. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2014 [acceso 20 de noviembre de 2020]. 18(2):259-66. DOI: [10.1016/j.ejon.2013.11.004](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.11.004)
- (22) Schmid W, Rosland JH, Hofacker SV, Hunskaar I, Bruvik F. Patient's and health care provider's perspectives on music therapy in palliative care - an integrative review. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2018 [acceso 20 de noviembre de 2020]. 17(1):32. DOI: [10.1186/s12904-018-0286-4](https://doi.org/10.1186/s12904-018-0286-4)
- (23) Barnes H, McDonald J, Smallwood N, Manser R. Opiáceos para el tratamiento paliativo de la disnea resistente al tratamiento en adultos con enfermedades avanzadas y enfermedades terminales. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 [accesit 11 de diciembre de 2020]. 3(CD011008). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011008.pub2>
- (24) Verdú-Masiá R, de Diego-Aliques B, Jiménez AJ, Sanz-Yagüe A, Soler-López B. Control de los síntomas en pacientes terminales: efectividad del tratamiento de la disnea irruptiva con opioides. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2017 [acceso 13 de diciembre de 2020]. 2(4). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462017000400161

- (25) Quinn-Lee L, Weggel J, Moch SD. Use of Oxygen at the End of Life: Attitudes, Beliefs, and Practices in Wisconsin. *WMJ* [Internet]. 2018 [acceso 20 de noviembre de 2020]. 117(1):7-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29677408/>
- (26) Haywood A, Duc J, Good P, Khan S, Rickett K, Vayne-Bossert P, et al. Corticosteroides para el tratamiento de la disnea relacionada con el cáncer en adultos. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 [acceso 11 de noviembre de 2020]. 2 (CD012704). DOI: [10.1002/14651858.CD012704.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012704.pub2)
- (27) Finucane AM, Jones L, Leurent B, Sampson EL, Stone P, Tookman A, et al. Drug therapy for delirium in terminally ill adults. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020 [acceso 11 de diciembre de 2020]., 1. Art. No.: CD004770. DOI: [10.1002/14651858.CD004770.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004770.pub3)
- (28) Baxley CE. The Dual Rounding Model: Forging Therapeutic Alliances in Oncology and Palliative Care. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2016 [acceso 20 de noviembre de 2020]. 20(2):215-6. DOI: [10.1188/16.CJON.215-216](https://doi.org/10.1188/16.CJON.215-216)
- (29) Calero MR, Pedregal M. La comunicación enfermera con el paciente oncológico terminal. *Ética de los Cuidados* [Internet]. 2012 [acceso 21 de noviembre de 2020]. 5(10). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n10/et7885.php>
- (30) Rydén K, Hjelm K. How to support patients who are crying in palliative home care: an interview study from the nurses' perspective. *Prim Health Care Res Dev* [Internet]. 2016 [acceso 20 de noviembre de 2020]. 17(5):479-88. DOI: [10.1017/S1463423616000037](https://doi.org/10.1017/S1463423616000037)
- (31) Garrido MA, Gil XB. Caracterización de las necesidades psicosociales del enfermo oncológico terminal. *Humanidades Médicas* [Internet]. 2012 [acceso 22 de noviembre de 2020]. 12(2): 203-216. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v12n2/hmc05212.pdf>

(32) Silvano A, Fernández I. Necesidades sentidas desde la perspectiva del paciente oncológico en el ámbito domiciliario. Bibl Lascasas [Internet]. 2020 [acceso 21 de noviembre de 2020]; 6(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0521.php>

(33) Bermejo JC, Lozano B, Villacieros M, Gil M. Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios. Medicina Paliativa [Internet]. 2013 [acceso 13 de diciembre de 2020]. 20(3):93-102. DOI: 10.1016/j.medipa.2012.05.004

(34) Rodríguez A, Fernández I, Ruiz A, González C, García C, García B. Entre nosotros están pero... ¿las conocemos?: Explorando el interior de las personas cuidadoras de pacientes paliativos. Rev Paraninfo Digital [Internet], 2010 [acceso 21 de noviembre de 2020]; 8. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n8/031.php>

(35) Marcus DA. The Role of Volunteer Services at Cancer Centers. Curr Pain Headache Rep [Internet]. 2013 [acceso 20 de noviembre de 2020]. 17(11):376. DOI: [10.1007/s11916-013-0376-1](https://doi.org/10.1007/s11916-013-0376-1)

(36) Cancer.Net [sede Web]. Estados Unidos: American Society of Clinical Oncology (ASCO). 2005-2021 [acceso 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.net/coping-with-cancer/physical-emotional-and-social-effects-cancer/what-palliative-care>

(37) Kinoshita S, Miyashita M, Morita T, Sato K, Shoji A, Chiba Y, et al. Japanese Bereaved Family Members' Perspectives of Palliative Care Units and Palliative Care: J-HOPE Study Results. Am J Hosp Palliat Care [Internet]. 2016 [acceso 20 de noviembre de 2020]. 33(5):425-30. Doi: 10.1177/1049909115578385.

(38) Carballada C, Ameneiros E. La sedación paliativa en pacientes oncológicos en una unidad de hospitalización a domicilio: un análisis prospectivo de 7 años de experiencia. Medicina Paliativa [Internet]. 2010 [acceso 13 de diciembre de 2020]. 17(5): 276-279. Disponible en: <https://medes.com/publication/63305>

8. ANEXOS

8.1. Anexo. Estrategia y resultados de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos. Fuente: Elaboración propia.

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	LÍMITE	RESULTADOS	PRESELECCIONADOS
1.PubMed	((palliative care [MeSH Terms]) AND (cancer care facilities [MeSH Terms])) AND (nursing care [MeSH Terms])	14	<10 años	5	3
2.PubMed	((palliative care [MeSH Terms]) AND (nursing care)) AND (emotional management)) AND (patient comfort)	20	<10 años	15	5
3.PubMed	((palliative care) AND (cancer care facilities)) AND (nursing care)) AND (patient comfort)	7	<10 años	4	2
4.PubMed	((cancer care facilities [MeSH Terms]) AND (palliative care)) AND (nursing care [MeSH Terms])	23	<10 años	9	3
5.CUIDEN	“pacientes oncológicos en cuidados paliativos”	86	<10 años	85	7
6.CUIDEN	“Manejo emocional en pacientes paliativos”	6	<10 años	6	1
7.BVS	(Cuidado terminal) AND (atención psicosocial)	62	- <10 años - Idioma español e inglés	25	2
8.Cochrane Plus	(Cuidados Paliativos al Final de la Vida)	19	<10 años	19	4
9.MEDES	(("CUIDADO TERMINAL"[todos]) AND "PACIENTE ONCOLÓGICO"[todos])	22	<10 años	15	6

8.2. Anexo. Estudios seleccionados en la búsqueda ordenados de mayor a menor nivel de evidencia científica y de más a menos reciente. Fuente: Elaboración propia.

Artículos	Base de datos	Objetivos				Tipo de estudio	Año de publicación	Objetivo artículo	Resultados
		1	2	3	4				
Tratamiento farmacológico para el delirio en pacientes adultos en etapa terminal	Cochrane Plus		X			Revisión sistemática	2020	Conocer los efectos secundarios de los tratamientos en pacientes oncológicos en etapa terminal.	Se encontró evidencia de calidad baja de que, en comparación con placebo, la farmacoterapia (específicamente el haloperidol y la risperidona) puede empeorar ligeramente los síntomas del delirio en los pacientes en etapa terminal con delirio de gravedad leve a moderada. Se encontró evidencia de calidad baja a moderada de que estos fármacos pueden aumentar ligeramente los efectos secundarios adversos.
Corticosteroides sistémicos para el tratamiento de la disnea relacionada con el cáncer en adultos	Cochrane Plus		X			Revisión sistemática	2019	Evaluar la eficacia de los corticosteroides en pacientes oncológicos terminales.	Se necesitan estudios de alta calidad adicionales para determinar si los corticosteroides son eficaces en este contexto.
Diagnósticos de enfermería en cuidados paliativos oncológicos: revisión integrativa	Cuiden	X	X			Revisión sistemática	2019	Conocer los diagnósticos de enfermería para los pacientes oncológicos terminales en cuidados paliativos	De acuerdo con la taxonomía de la NANDA-I se encontraron 32 diagnósticos de enfermería, demostrando la variabilidad y multiplicidad de diagnósticos identificados por enfermeros durante el control de signos y síntomas en cuidados paliativos.

Artículos	Base de datos	Objetivos				Tipo de estudio	Año de publicación	Objetivo artículo	Resultados
		1	2	3	4				
Tratamiento del estreñimiento inducido por opiáceos en paciente adulto terminal	Cuiden		X			Revisión sistemática	2018	Conocer los efectos secundarios de los opiáceos y como tratarlos.	Las medidas generales para el estreñimiento son igual de importantes que las farmacológicas, que está contraindicado el consumo de fibra si no se acompaña ingesta líquida suficiente, y que la combinación de laxantes más eficaz para el estreñimiento en pacientes terminales es la unión de un reblandecedor de heces con un estimulante del peristaltismo.
Patient's and health care provider's perspectives on music therapy in palliative care – an integrative review	PubMed		X	X		Revisión sistemática	2018	Proporcionar una descripción general de las perspectivas de los usuarios y proveedores sobre la musicoterapia en los cuidados paliativos dentro de un artículo de investigación.	Los propios pacientes asociaron la MT con la expresión de emociones positivas y desafiantes y con un mayor bienestar, es decir, mostró cambios positivos en el bienestar psicofisiológico.

Artículos	Base de datos	Objetivos				Tipo de estudio	Año de publicación	Objetivo artículo	Resultados
		1	2	3	4				
Opiáceos para el tratamiento paliativo de la disnea resistente al tratamiento en adultos con enfermedades avanzadas y enfermedades terminales	Cochrane Plus		X		X	Revisión sistemática	2016	Conocer la eficacia de los opiáceos en el tratamiento paliativo de pacientes oncológicos en fase terminal.	Hay alguna evidencia de muy baja calidad que muestra algunos efectos beneficiosos de la administración de opiáceos orales o parenterales para paliar la disnea, aunque el número de participantes incluidos fue pequeño. No se encontró evidencia para apoyar la administración de opiáceos nebulizados. Se necesitan estudios de investigación adicionales con un gran número de participantes que utilicen protocolos estandarizados e incluyan medidas de calidad de vida.
Efectos de la morfina, fentanilo, oxicodona o codeína en el estado de conciencia, el apetito y la sed del paciente cuando se los utiliza para el tratamiento del dolor por cáncer.	Cochrane Plus		X			Revisión sistemática	2014	Conocer los efectos secundarios de los opiáceos en pacientes oncológicos terminales.	La somnolencia, la sequedad bucal y la anorexia fueron eventos adversos comunes en los pacientes con dolor por cáncer que recibieron tratamiento con morfina, fentanilo, oxicodona o codeína
Acompañar al paciente oncológico en la etapa final de la vida	MEDES	X		X	X	Revisión sistemática.	2014	Conocer sobre la función del profesional enfermero en el acompañamiento del paciente oncológico en su etapa final de la vida.	El profesional enfermero es la figura clave en el acompañamiento en la etapa final de la vida del paciente y sus familiares, quienes relacionan el abordaje emocional con una atención de calidad durante este proceso.

Artículos	Base de datos	Objetivos				Tipo de estudio	Año de publicación	Objetivo artículo	Resultados
		1	2	3	4				
The Role of Volunteer Services at Cancer Centers	PubMed			X		Revisión sistemática	2013	Conocer la amplia gama de funciones que pueden ofrecer los servicios voluntarios con los pacientes con cáncer y sus cuidadores, que podrían no satisfacerse a través de los servicios de atención no médica tradicionales.	Se ha demostrado que los servicios voluntarios tienen un impacto positivo a lo largo del viaje del cáncer para los pacientes y sus familiares.
Effectiveness of a brief psycho-oncology training program for general nurses: a preliminary study	PubMed	X	X	X		Ensayo clínico aleatorizado	2018	Evaluar la eficacia de un programa de psico-oncología para enfermeras generales.	Los resultados de este estudio indicaron que el nuevo programa breve de formación en psico-oncología para enfermeras generales fue eficaz para mejorar a las enfermeras ' confianza, conocimiento y actitud asociados con el cuidado de pacientes con cáncer con respuesta psicológica normal al cáncer
Calidad de vida en el paciente paliativo oncológico y su cuidadora, e incidencia de duelo patológico tras la intervención psicológica. CAVION	Cuiden	X	X	X	X	Ensayo clínico aleatorizado	2015	El objetivo general es evaluar la calidad de vida en pacientes oncológicos en fase terminal y sus cuidadores en función de la presencia o ausencia de intervención psicológica.	Las necesidades de una familia con un enfermo terminal, vienen determinadas por la presencia de un gran impacto emocional condicionado por la aparición de múltiples temores.

Artículos	Base de datos	Objetivos				Tipo de estudio	Año de publicación	Objetivo artículo	Resultados
		1	2	3	4				
The Support, Education, and Advocacy (SEA) Program of Care for Women With Metastatic Breast Cancer: A Nurse-Led Palliative Care Demonstration Program	PubMed	X	X	X		Estudio de cohorte	2019	Evaluar los programas actuales de cuidados paliativos primarios y papel de la enfermera de oncología para gestionar las necesidades de cuidados paliativos.	Las enfermeras de oncología crean planes de atención y brindan seguimiento de apoyo, están comprometidos con los pacientes en reuniones individuales en colaboración con los cuidadores, y organizar la atención entre los miembros del equipo interdisciplinario.
Characteristics and Outcomes of Advanced Cancer Patients Who Received Palliative Care at a Public Hospital Compared with Those at a Comprehensive Cancer Center	PubMed	X	X			Estudio de cohorte	2018	Conocer los síntomas físicos y psicológicos que padecen los pacientes oncológicos en fase terminal en la unidad de cuidados paliativos y profundizar sobre el manejo del dolor de los mismos.	Los síntomas conocidos fueron: dolor, fatiga, depresión, ansiedad, somnolencia, falta de apetito y disnea. Por otro lado, para el manejo del dolor destacaron los opioides, los antieméticos y los esteroides.
Estudio descriptivo de las necesidades espirituales en pacientes oncológicos paliativos terminales	Cuiden			X		Estudio de cohorte.	2013	Conocer las necesidades espirituales en pacientes oncológicos terminales en cuidados paliativos.	Dentro de las necesidades espirituales se pueden conceptualizar, siete categorías. Una de ellas es la necesidad religiosa, son prácticas y rituales que conducen a la experiencia de espiritualidad.

Artículos	Base de datos	Objetivos				Tipo de estudio	Año de publicación	Objetivo artículo	Resultados
		1	2	3	4				
La sedación paliativa en pacientes oncológicos en una unidad de hospitalización a domicilio: un análisis prospectivo de 7 años de experiencia	MEDES	X			X	Estudio de cohorte.	2010	Analizar la frecuencia de sedación paliativa, continua y profunda, y otras variables relacionadas, en pacientes oncológicos fallecidos en una Unidad de Hospitalización a Domicilio (HADO), y comparar los resultados con lo publicado en la literatura.	El estudio comparativo muestra una menor frecuencia de sedación en los últimos años. Estos resultados confirman que la sedación paliativa es una técnica realizable en el domicilio, sin que existan diferencias con respecto al ámbito hospitalario, y demuestra que la HADO es un modelo asistencial que garantiza unos resultados similares a otros ya estudiados.
Necesidades sentidas desde la perspectiva del paciente oncológico en el ámbito domiciliario	Cuiden	X	X			Estudio descriptivo transversal.	2020	Conocer las necesidades de los pacientes oncológicos domiciliarios.	La necesidad de comunicarse con los demás, de expresar emociones, necesidades, temores y opiniones, es la que ha prevalecido sobre las demás necesidades. Se encontró como dificultad el acceso al médico de familia para que se atienda a domicilio suponiendo un problema para alguno de los pacientes.
"Operating in the dark": Nurses' attempts to help patients and families manage the transition from oncology to comfort care	PubMed	X		X		Estudio descriptivo transversal	2018	Investigar los desafíos que enfrentan las enfermeras al brindar atención a los pacientes oncológicos en transición de cuidados curativos a cuidados paliativos e identificar oportunidades educativas y de apoyo para las enfermeras.	Surgieron cuatro temas que caracterizan las experiencias de las enfermeras de oncología y cuidados paliativos: (a) hacer frente a los errores de comunicación interprofesional durante la transición, (b) responder a las reacciones del paciente / familia ante la falta de comunicación sobre los objetivos de la atención, (c) navegar por la conexión emocional con los pacientes y (d) adaptarse a los factores socioculturales que influyen en el intercambio de información

Artículos	Base de datos	Objetivos				Tipo de estudio	Año de publicación	Objetivo artículo	Resultados
		1	2	3	4				
Use of Oxygen at the End of Life: Attitudes, Beliefs, and Practices in Wisconsin	PubMed		X		X	Estudio descriptivo transversal	2018	El propósito de este estudio fue investigar el uso de oxígeno al final de la vida y comprender su papel en la práctica contemporánea de cuidados paliativos.	El cuarenta y tres por ciento de los encuestados creía que el uso de oxígeno al final de la vida afecta la línea de tiempo de la muerte natural al prolongar el proceso de morir. El noventa y seis por ciento de las instalaciones de los encuestados tenían un protocolo estándar de "atención de confort" para pacientes al final de la vida que ofrecía oxígeno, independientemente de si los pacientes tenían dificultad para respirar o no. Los encuestados citaron razones por las que el personal podría usar oxígeno para estos pacientes: comodidad del paciente, solicitud de la familia, comodidad emocional de la familia, prolongación de la vida cuando ese era el objetivo del paciente, comodidad emocional del personal.
When and how clinical nurses adjust nursing care at the end-of-life among patients with cancer: Findings from multiple focus groups	PubMed	X			X	Estudio descriptivo transversal	2017	Funcionar cuándo y cómo las enfermeras registradas (RN) y los asistentes de enfermería (NA) ajustan la atención al final de la vida para buscar la comodidad del paciente al final de sus vidas.	Se ha informado que una detección temprana de la fase terminal da como resultado cambios en la atención que mejoran los resultados.

Artículos	Base de datos	Objetivos				Tipo de estudio	Año de publicación	Objetivo artículo	Resultados
		1	2	3	4				
Palliative care and nursing support for patients experiencing dyspnoea	PubMed	X	X			Estudio descriptivo transversal	2017	Conocer las estrategias de manejo paliativo comunes para la disnea.	Las estrategias de manejo paliativo comunes para la disnea incluyen medicamentos, oxigenoterapia y terapias sin medicamentos. Entre las terapias no farmacológicas, ha habido algunas investigaciones dignas de mención sobre intervenciones de enfermería complejas, como el entrenamiento respiratorio por parte de enfermeras
Hoy to support patients who are crying in palliative care: an interview study from the nurses perspective	PubMed	X	X	X	X	Estudio descriptivo transversal	2016	Conocer cómo las enfermeras pueden ayudar a los pacientes que lloran de diferentes maneras y lloran por diferentes razones.	La enfermera puede apoyar emocionalmente a la persona que llora con solo estar presente, confirmar, mostrar empatía, ofrecer la oportunidad de hablar y mostrar respeto por sus necesidades individuales y las diferentes formas en que pueden llorar.
Calidad de la información sobre el diagnóstico al paciente oncológico terminal	MEDES	X	X			Estudio descriptivo transversal.	2016	Determinar la información que posee el paciente oncológico terminal sobre su diagnóstico, identificando las palabras utilizadas y cuantificando la conspiración de silencio.	Los pacientes oncológicos terminales presentan conocimientos sobre su diagnóstico, generando que la conspiración de silencio se dé en un grado menor.

Artículos	Base de datos	Objetivos				Tipo de estudio	Año de publicación	Objetivo artículo	Resultados
		1	2	3	4				
Sentido vital en la enfermedad avanzada: desarrollo de una herramienta para guiar la atención psicosocial y espiritual en el paciente y familia.	BVS	X		X		Estudio descriptivo transversal.	2015	Diseño de una herramienta para guiar la atención psicosocial y espiritual del paciente/familia en la experiencia de enfermedad avanzada (EA) al final de la vida (FV).	Se proponen cuatro áreas temáticas que integran las necesidades existenciales en la EA: 1) resiliencia, 2) encuentro significativo, 3) redención y 4) re-significación.
Japanese Bereaved Family Members' Perspectives of Palliative Care Units and Palliative Care: J-HOPE Study Results	PubMed			X	X	Estudio descriptivo transversal	2015	El propósito del estudio fue comprender las perspectivas de los familiares en duelo con respecto a la unidad de cuidados paliativos (UCP) y los cuidados paliativos y comparar las percepciones de la UCP antes del ingreso y después del duelo.	Los miembros de la familia fueron significativamente más propensos a tener percepciones positivas después del duelo (entre el 73% y el 80%) en comparación con antes de la admisión (entre el 62% y el 71%).

Artículos	Base de datos	Objetivos				Tipo de estudio	Año de publicación	Objetivo artículo	Resultados
		1	2	3	4				
Relatives' participation at the time of death: Standardisation in pre and post-mortem care in a palliative medical unit	PubMed	X		X	X	Estudio descriptivo transversal	2014	Garantizar que los familiares tengan la misma oportunidad de participar en sus propios términos.	Los familiares están más presentes en el momento de la muerte y las enfermeras están menos presentes en este momento. La información escrita sobre diversos asuntos prácticos y formales después de la muerte, consejos sobre asuntos legales y funerarios, se proporciona en menos casos antes de la muerte y más comúnmente después de la muerte
Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios	MEDES	X		X		Estudio descriptivo transversal.	2013	Evaluar cómo perciben los pacientes y los cuidadores principales de una unidad de cuidados paliativos la atención espiritual recibida y compararla entre grupos: paciente, cuidador durante ingreso y cuidador en seguimiento.	La atención espiritual ayuda al 88% a sentirse esperanzado, al 83% confortado, al 79,1% a encontrar significado y al 73,4% a comprender el sentido. El 95,2% valora la atención espiritual necesaria en la enfermedad.
Entre nosotros están pero... ¿las conocemos?: Explorando el interior de las personas cuidadoras de pacientes paliativos	Cuiden	X	X	X		Estudio descriptivo transversal.	2010	Conocer cuáles son las percepciones, sentimientos y emociones derivadas del rol de cuidador y tenerlas en cuenta a la hora de adaptar la temática y los contenidos de programas de intervención.	Sentimientos negativos más expresados: Tristeza (37,5%), Impotencia (33,3%) Soledad (19,6%). Sentimientos positivos: Satisfacción (41,2%), Amor (35,3%), Agradecimiento (31,4%). Problemática sociofamiliar: Aislamiento (33,3%) Conflictos familiares (15,7%) Falta de reconocimiento (4,2%). Repercusiones sobre su vida: Sobreimplicación (43,1%), Agotamiento (21,6%) Falta de autocuidado (19,6%). Estrategias para aliviar sufrimiento: Apoyo en la familia (31,4%) Creencias religiosas (27,5%) Resignación (23,5%).

Artículos	Base de datos	Objetivos				Tipo de estudio	Año de publicación	Objetivo artículo	Resultados
		1	2	3	4				
Control de los síntomas en pacientes terminales: efectividad del tratamiento de la disnea irruptiva con opioides	MEDES	X	X		X	Estudio descriptivo observacional.	2017	Valorar el grado de control de los síntomas de los pacientes, con especial interés en la evaluación de la efectividad del tratamiento de la disnea irruptiva (DI) en pacientes terminales.	A pesar de que en la primera línea de tratamiento de la DI se recomiendan los opioides, no existe suficiente grado de evidencia científica que justifique su uso.
Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas	MEDES			X		Estudio descriptivo observacional.	2013	Determinar el grado de conocimiento que tienen pacientes y familiares sobre diagnóstico y pronóstico de la enfermedad terminal al ingreso y al alta, las actitudes de pacientes familiares y profesionales en torno al proceso y con ello cuantificar la existencia de conspiración del silencio (CS) en una unidad de cuidados paliativos.	Se observa mayor conocimiento de diagnóstico que de pronóstico y se da avance en los procesos de información.
Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME) en pacientes oncológicos	Cuiden	X	X	X	X	Estudio descriptivo observacional.	2012	Conocer cómo los pacientes con cáncer podrían beneficiarse de los cuidados paliativos, pudiendo prevenir y aliviar su sufrimiento al final de la vida y ayudar a sus allegados tras la pérdida	Se observó que el 58,3% presentaba malestar emocional moderado o muy intenso, similar al objetivado con otras escalas, como el termómetro emocional.

Artículos	Base de datos	Objetivos				Tipo de estudio	Año de publicación	Objetivo artículo	Resultados
		1	2	3	4				
La comunicación enfermera con el paciente oncológico terminal	Cuiden	X		X		Estudio descriptivo observacional.	2012	Describir la comunicación del profesional de enfermería con el paciente oncológico terminal, a conocer cómo influyen factores demográficos y laborales en esa relación de comunicación y a conocer la opinión de los pacientes sobre la comunicación de los enfermeros que los cuidan.	Al valorar la comunicación de los profesionales de enfermería con el paciente oncológico terminal, se observó con respecto a la escucha activa que fueron pocos los profesionales de enfermería que la practicaban. Con lo que respecta a la empatía, se detectó que casi la mitad de los profesionales fueron empáticos. Asimismo, se observó que menos de la mitad de los profesionales de enfermería utilizaron la expresión eficaz.
Caracterización de las necesidades psicosociales del enfermo oncológico terminal / Characterization of the psychosocial needs of oncological terminal patients	BVS	X		X		Estudio descriptivo observacional.	2012	Señalar un modo concreto de actuar en lo que se refiere a los aspectos emocionales y psicosociales del cuidado paliativo.	El análisis de los resultados indicó que el 90 % de los enfermos habla poco del tema con el médico que lo atiende; asimismo, el 84 % de los pacientes terminales conversa poco con la familia acerca de la enfermedad y sus complicaciones. El 100 % de los pacientes mostraron satisfacción con la atención recibida. La relación con los integrantes del equipo de cuidados paliativos, el 100 % de los encuestados lo calificó como bueno.
The Dual Rounding Model: Forging Therapeutic Alliances in Oncology and Palliative Care	PubMed	X		X		Opinión de experto	2016	Exponer a las enfermeras a la transmisión efectiva de malas noticias y al establecimiento de planes de tratamiento individualizados acordes con los deseos de los pacientes y sus seres queridos mediante al modelo dual, que tiene como objetivo eliminar las conductas de los médicos y enfermeras que pueden hacer que las familias se sientan excluidas.	La incorporación de cuidados paliativos a diario dentro de nuestra unidad de oncología médica ayuda a salvar la distancia física y emocional que acompaña al final de la vida. A medida que los síntomas se controlan mejor, los pacientes pueden tomar decisiones con la mente clara. La claridad mental promueve la paz y minimiza los miedos persistentes

8.3. Anexo. Cuestionario de Detección del Malestar Emocional (DME).

Fecha de administración:	Nombre paciente:
Hora de administración:	NHC:
Evaluador:	

DETECCIÓN DE MALESTAR EMOCIONAL (DME) - Grupo SECPAL

1ª. ¿Cómo se encuentra de ánimo, bien, regular, mal, o usted qué diría?

⇒ Entre 0 "muy mal" y 10 "muy bien", ¿qué valor le daría?

●-----●

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy mal Muy bien

2ª. ¿Hay algo que le preocupe? Sí No

⇒ En caso afirmativo, le preguntamos:

En este momento, ¿qué es lo que más le preocupa?

Tipo de preocupación (señala y describe)

Económicos

Familiares

Emocionales

Espirituales

Somáticos

Otros:

3ª. ¿Cómo lleva esta situación?

Entre 0 "no le cuesta nada" y 10 "le cuesta mucho", ¿qué valor le daría?:

●-----●

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No le cuesta nada Le cuesta mucho

4ª. ¿Se observan signos externos de malestar? Sí No

⇒ En caso afirmativo, señala cuáles:

Expresión facial.
(tristeza, miedo, euforia, enfado...).

Aislamiento.
(mutismo, demanda de persianas bajadas, rechazo de visitas, ausencia de distracciones, incomunicación...).

Demanda constante de compañía / atención.
(quejas constantes...).

Alteraciones del comportamiento nocturno.
(insomnio, pesadillas, demandas de rescate no justificadas, quejas...).

Otros:

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

CRITERIOS DE CORRECCIÓN - DME:

$(10 - \text{item 1}) + \text{item 3} \Rightarrow [10 - ()] + () =$

Fuente: Limonero JT, Mateo D, Maté-Méndez J, González-Barboteo J, Bayés R, Bernaus M, et al. Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME) en pacientes oncológicos. Gac Sanit, 2012.