



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/381d.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **La consciencia social de una muerte sin dolor**

*Autores* *María Angustias Díaz Santos, Miriam Araujo Hernández, Rosa Pérez Espina, Esperanza Begoña García Navarro, Sonia García Navarro*

*Centro/institución* Hospital Juan Ramón Jiménez

*Ciudad/país* Huelva, España

*Dirección e-mail* mdiazsantos88@gmail.com

## RESUMEN

A través de las diferentes épocas por las que el hombre se ha ido desarrollando, la muerte ha sido sin duda, un tema de inquietud, preguntas sin respuestas e incertidumbre. Ha sido marcada por la cultura y por la sociedad en la que nos hemos ido desarrollando, por lo que a su vez, en muchas ocasiones, se ha visto limitada en su desarrollo y comprensión, sin darle el papel de "algo natural" que forma parte de la vida. Hoy en día tiende a verse como un dato objetivo, estancado e indiscutible, y como un hecho biológico e individual. Esta concepción sin duda está fuertemente vinculada con la medicalización y cientifización de la vida, refiriéndonos a la salud y a la enfermedad, y por ende de la muerte [...]

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

A través de las diferentes épocas por las que el hombre se ha ido desarrollando, la muerte ha sido sin duda, un tema de inquietud, preguntas sin respuestas e incertidumbre. Ha sido marcada por la cultura y por la sociedad en la que nos hemos ido desarrollando, por lo que a su vez, en muchas ocasiones, se ha visto limitada en su desarrollo y comprensión, sin darle el papel de “algo natural” que forma parte de la vida.

Hoy en día tiende a verse como un dato objetivo, estancado e indiscutible, y como un hecho biológico e individual. Esta concepción sin duda está fuertemente vinculada con la medicalización y cientifización de la vida, refiriéndonos a la salud y a la enfermedad, y por ende de la muerte.

Teniendo en cuenta la definición de la OMS sobre la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1946), una mejora en la calidad de la vida de las personas, a medida que hemos ido evolucionando ha logrado también un positivo avance en los diferentes métodos, recursos y tratamientos que permiten dar respuesta al dolor de ésta última parte de la vida. La ciencia se ha centrado considerablemente en tratar el dolor físico, proporcionándole bienestar y una disminución del dolor físico, tanto al paciente como a la familia<sup>1-4</sup>.

Sin embargo, ¿se da la misma importancia al tratamiento espiritual de la persona?-. En la actualidad, existen unidades de cuidados paliativos que se ofrecen como recurso para ésta etapa en los hospitales y que, tienen como uno de sus principales objetivos, acompañar a la persona en ésta última etapa de la vida. La sociedad se ha ido concienciando de la necesidad de prestar un servicio sanitario de calidad y de apostar por todo aquello que beneficie el bienestar de la persona que se enfrenta a ésta última etapa. Pero, ¿cómo ha evolucionado la consciencia social frente a una muerte sin dolor no solamente físico, sino que abarque todos los aspectos de la persona?

La concepción actual del dolor y su manejo ha evolucionado considerablemente desde lo místico y sobrenatural de la antigüedad, hasta el conocimiento de sus vías anatómicas, neurotransmisores y mecanismos centrales y periféricos para su control. Y aunque actualmente el interés está centrado en el estudio molecular del dolor, el componente cultural sigue teniendo un importante impacto en la humanidad.<sup>5</sup>

Remontándonos al siglo XVIII, nacimiento de la “anestesia moderna” y la “anestesia farmacológica” comenzó a ser protagonista el tratamiento de un dolor meramente físico, prestando especial atención al control de los síntomas-. A mediados del siglo XIX se le da la bienvenida a la morfina pasando a ser el anestésico más valorado y más cotejado. A partir de aquí comienzan grandes avances en el tratamiento del dolor hasta llegar al 1991, donde nace la Sociedad Española del Dolor (SED).<sup>6</sup>

Sin embargo, un poco antes, en 1986 gracias a la Asociación Internacional sobre el Estudio del Dolor (IASP), se definió el dolor como: “una sensación en una parte o partes del cuerpo, pero, igualmente siempre se trata de una experiencia desagradable y, por lo tanto, emocional”. Fue a partir de este momento, cuando se hace responsable a la

multidimensionalidad del dolor, incluyendo el componente emocional como un signo de buena evolución en los pacientes.<sup>5</sup>

Partiendo del informe SUPPORT (“The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments”),<sup>7</sup> la mitad de la población de estudio murió tras haber experimentado un dolor intenso-moderado durante la mitad del tiempo, no se conocía el deseo del paciente sobre su muerte y se observó una comunicación médico-paciente muy escasa. Numerosos estudios evidencian la construcción social de la muerte en el mundo contemporáneo y como ésta se ha asociado a una experiencia dolorosa.

Ha sido estos últimos años, junto con la creación de los Cuidados Paliativos cuando se han construido las bases para contemplar todos los ámbitos de la persona en ésta última etapa de la vida.

Existe una unanimidad en lo que respecta a la obligación ética del médico frente al paciente terminal. La OMS, se basa en dos pilares orientadores en el tratamiento de los cuidados paliativos y que son: hacer el bien y minimizar el daño. Por ello, es el equipo sanitario quien debe de conocer los conceptos básicos éticos, mantener activa la comunicación con el paciente, paliar los síntomas de ésta etapa y estar disponibles en todo momento para ofrecer un tratamiento emocional y físico.

Sin embargo, es la sociedad quien no se torna pionera en este cambio haciendo más difícil la aplicación de los principios básicos, para brindarle los mayores beneficios al paciente en los últimos momentos.

Así, el objetivo de éste trabajo es dar una respuesta a éste problema social a través de una revisión bibliográfica de la literatura actual sobre la temática: la falta de consciencia de una asistencia integral en los pacientes oncológicos prestando atención equitativamente tanto al tratamiento del dolor físico como del dolor espiritual.

## **Metodología**

### *Muestra*

Tras aplicar los criterios de búsqueda que posteriormente se explicitan en el procedimiento se recogió una muestra inicial de 947 artículos científicos. Posteriormente, tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión se redujo este número a 43 artículos. Finalmente, tras la lectura de los resúmenes, el número final de artículos seleccionado fue de 15 artículos.

### *Instrumentos*

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica se utilizaron 3 bases de datos informatizadas: Pubmed, The Cochrane Library y LILACS.

### *Procedimiento*

En primer lugar se seleccionaron las palabras clave que permitirían recopilar la mayor parte de los estudios sobre la temática en cuestión. Se utilizó el siguiente código de

búsqueda: “Muerte AND cancer AND sociedad OR dolor OR apoyo OR “cuidados paliativos”. Adicionalmente, se filtraron los estudios recopilados en base a los siguientes criterios de inclusión: a) estudios que incluyesen pacientes con enfermedad oncológica, b) los estudios debían ser artículos científicos originales, dando prioridad a los estudios de corte cualitativo, c) publicados en los últimos cinco años, d) la fecha de la primera publicación debía ser igual o posterior al 2008 y e) escritos en inglés o español, f) estudios en los que se abordara el dolor desde una perspectiva espiritual y/o emocional. Así mismo, se especificaron los siguientes criterios de exclusión: a) estudios que incluyesen pacientes que no padecieran una enfermedad oncológica diagnosticada, b) documentos identificados como revisiones críticas de un estudio o proyectos de investigación, c) artículos publicados con fecha anterior al 2008, d) artículos escritos en un idioma diferente al español o al inglés, e) estudios en los que se abordara el dolor desde una perspectiva física.

Una vez seleccionados los 15 artículos que conformarían la muestra final, se procedió a analizar la información contenida en los mismos. Para ello se llevó a cabo una clasificación en dos partes, por un lado aquellos estudios que trataban el aspecto físico del dolor ante la muerte y, por otro lado, los que la abordaban desde un aspecto más emocional y/o espiritual. A su vez, se analizó si la sociedad era nombrada en los artículos científicos como un ámbito al que dirigirse o si simplemente estaban dirigidos al ámbito laboral de los profesionales sanitarios que ofrecen asistencia a los pacientes oncológicos.

## **Resultados**

De forma general, se ha observado una evolución sobre el tratamiento del dolor presente en el proceso de morir en función, fundamentalmente, de la cultura.<sup>5</sup>

10 artículos de los 15 seleccionados centran su atención en las necesidades físicas de los pacientes paliativos (dolor físico), investigando en el avance de nuevos tratamientos de soporte que beneficien a los pacientes en el tratamiento del dolor.

El tratamiento y el apoyo espiritual parece ser escaso, abordando esta perspectiva tan solo 5<sup>14-17,19</sup> estudios de los 15 seleccionados. Cobra especial importancia, la identificación de los sentimientos y del miedo a la muerte en pacientes oncológicos. El tratamiento en estos aspectos está fuertemente al nivel de consciencia de los pacientes y de la visión que tengan sobre el proceso de morir. La calidad de cuidados en la última etapa de la vida, tiene una clara relación con el grado de importancia que los pacientes le dan a éste proceso<sup>16</sup> no sólo respecto al control de los síntomas, sino también la presencia de una buena relación médico-paciente así como el apoyo emocional.

## **Conclusiones**

La revisión bibliográfica realizada pone de manifiesto que se sigue prestando más atención al dolor físico de la persona ante el proceso de morir que a la voluntad y dolor emocional-espiritual de la misma. Sin embargo, no se anulan las necesidades de tratamiento y apoyo espiritual en la última etapa de la vida, por lo que cabría considerar el hecho de encontrar un equilibrio para conseguir la visión bio-psicosocial que demandan nuestros pacientes oncológicos. A pesar de los esfuerzos de las unidades de Cuidados Paliativos que ofrecen dicho tratamiento, es la propia sociedad la que debe de

mantenerse con una actitud más activa frente al tratamiento de los más cercanos y considerarlo como un componente esencial en el proceso de la persona al final de la vida.

## **Bibliografía**

1. Espinosa Venegas M, Sanhueza Alvarado, O. Factores relacionados a la calidad del proceso de morir en la persona con cáncer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2010; 18(4): 725-731.
2. Sanz Ortiz J. Chemotherapy at the end of life: up until when? *Clin Transl Oncol*. 2012;14(9):667-74.
3. Tuca Rodríguez A, Calsina-Berna A, González-Barboteo J, Gómez-Batiste Alentorn X. Cancer cachexia. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135(12):568-72.
4. Givens J, Mitchell S. Concerns about end-of-life care and support for eutanasia. *J Pain Syntom Manage*. 2009; 38(2):167-73.
5. Krivoy, Saul; Tabasca, Magalys; Adelaide, Wallens; Díaz, Marlon. El dolor en la historia. Caracas: Editorial Ateproca; 2010; p.163-224.
6. Pérez-Cajaraville J, Abejón D, Ortiz JR, Pérez JR. Pain and its treatment over history. *Rev Soc Esp Dolor* 2005; 12: 373-384.
7. Fox E, Landrum-McNiff K, Zhong Z, Dawon NV, Wu AW, Lynn J. Evaluation of prognostic criteria for determining hospice eligibility in patients with advanced lung, heart, or liver disease. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *JAMA*. 1999; 282(17):1638-45.
8. Sánchez-Mecal J, Botella J. Revisiones sistemáticas y meta-análisis: herramientas para la práctica profesional. *Papeles del Psicólogo*, 2010; 31(1):7-17.
9. Getino Canseco, M. Estudio cualitativo a pacientes de cáncer con soporte paliativo en atención hospitalaria. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013; 18(9): 2531-2539.
10. Sarmiento-Medina M.I, Vargas-Cruz, S.L, Velasquez-Jimenez C.M, Sierra de Jaramillo, M. Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. *Rev. salud pública* [online]. 2012; 4(1):116-128.
11. Manteriola C, Vial M, Pineda V, Sanhueza A. Systematic review of literature with different types of designs. *Int. J.Morphol*. 2009; 27(4):1179-1186.
12. Julião M. Myeloma has no human face: past, present, and future dignity lessons from traffic lines. *J Palliat Med*. 2011; 14(12):1353-4.
13. Gómez-Batiste X, Espinosa J, Porta-Sales J, Benito E. Models of care, organization and quality improvement for the care of advanced and terminal patients and their families: the contribution of palliative care. *Med Clin(Barc)*. 2010;135(2):83-9.
14. Elias ACA, Giglio JSP, Cibele AM. Análisis de la naturaleza del dolor espiritual presentado por pacientes terminales y el proceso de elaboración de un nuevo significado a través de la intervención de relajamiento, imágenes mentales y espiritualidad (RIME). *Rev. Latino-Am. Enfermage*.2010, 18(4).
15. Maté J., Bayés R., González J., Muñoz S. Moreno F. , Gómez X. ¿A qué se atribuye que los enfermos oncológicos de una Unidad de cuidados paliativos mueran en paz?. *Psicooncología*. 2008; 5(2-3):303-321.
16. Cheng SY, Dy S, Hu WY, Chen CY, Chiu TY. Factors affecting the improvement of quality of dying of terminally ill patients with cancer through palliative care: a ten-year experience. *J Palliat Med*. 2012; 15(8):854-62.
17. Choi JY, Chang YJ, Song HY, Jho HJ, Lee MK. Factors that affect quality of dying and death in terminal cancer patients on inpatient palliative care units: perspectives of bereaved family caregivers. *J Pain Symptom Manage*. 2013; 45(4):735-45.

18. Teno JM, Connor SR. Referring a patient and family to high-quality palliative care at the close of life: "We met a new personality... with this level of compassion and empathy". *JAMA*. 2009; 301(6):651-9.
19. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, Hull JG, Li Z, Tosteson TD, Byock IR, Ahles TA. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*. 2009; 302(7):741-9.
20. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, Harlos M. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2011; 12(8):753-62.
21. Back A, Young J, McCown E, Engelberg R, Vig E, Reinke L et al. Abandonment at the end of life from patient, caregiver, nurse, and physician perspectives: loss of continuity and lack of closure. *Arch Intern Med*. 2009; 169(5):474-479.
22. Neergaard MA, Olesen F, Jensen AB, Sondergaard J. Palliative care for cancer patients in a primary health care setting: Bereaved relatives' experience, a qualitative group interview study. *BMC Palliat Care*. 2008; 7:1.
23. Luijkx KG, Schols JM. Volunteers in palliative care make a difference. *J Palliat Care*. 2009; 25 (1):30-9.
24. Boceta Osuna J, Nabal Vicuña M, Martínez Peñalver F, Blanco Picabia A, Aguayo Canela M, Royo Aguado JL. Palliative sedation in a university hospital: experience after introducing a specific protocol. *Rev Calid Asist*. 2013; 28(4):225-33.
25. Ramchandran K, Von Roenn JH. Palliative care always. *Oncology (Williston Park)*. 2013;27(1):13-6, 27-30, 32-4.
26. LeBlanc TW, Wheeler JL, Abernethy AP. Research in end-of-life settings: an ethical inquiry. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2010; 24(3):244-50.
27. Kellehear A. On dying and human suffering. *Palliat Med*. 2009; 23(5):388-97.
28. Crighton MH, Coyne BM, Tate J, Swigart V, Happ MB. Transitioning to end-of-life care in the intensive care unit: a case of unifying divergent desires. *Cancer Nurs*. 2008; 31(6):478-84.
29. Van Eechoud IJ, Piers RD, Van Camp S, Grypdonck M, Van Den Noortgate NJ, Deveugele M, Verbeke NC, Verhaeghe S. Perspectives of Family Members on Planning End-of-Life Care for Terminally Ill and Frail Older People. *J Pain Symptom Manage*. 2013.
30. Olsen ML, Swetz KM, Mueller PS. Ethical decision making with end-of-life care: palliative sedation and withholding or withdrawing life-sustaining treatments. *Mayo Clin Proc*. 2010; 85(10):949-54.
31. Rousseau P. The neglect of pain: the sad tale of opioids at the end of life. *Am J Hosp Palliat Care*. 2010; 27:97-98.