

--

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE POSGRADOS**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



Cuidados paliativos recibidos por las pacientes del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez, en el periodo abril - agosto 2025.

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE: MAESTRA EN SALUD PÚBLICA**

**Presentado por:**

Dra. Gabriela Vanessa Pineda Molina

**Asesora:**

Lic. Msp. Reina Araceli Padilla Mendoza

Ciudad Universitaria, octubre del 2025

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

Ing. Juan Rosa Quintanilla  
*Rector*

Dra. Evelyn Beatriz Farfán Mata  
*Vicerrectora académica*

Msc. Roger Armando Arias Alvarado  
*Vicerrector administrativo*

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda  
*Secretario General*

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

Dr. Saúl Díaz  
*Decano de la Facultad de Medicina*

Maestro Franklin Arnulfo Méndez Duran  
*Vicedecano*

Dr. Edwar Herrera  
*Director de Escuela de Posgrado*

Dra. Blanca Aracely Martínez de Serrano  
*Jefe del Programa de Maestrías*

Licda. Msp Reina Aracely Padilla Mendoza  
*Coordinadora de la Maestría en salud pública*

## **DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.**

**A DIOS:** Por brindarme la fuerza, sabiduría y perseverancia a lo largo de este viaje académico

**A MI FAMILIA:** Agradezco especialmente a mis padres y hermanos por su amor incondicional apoyo y sacrificio a lo largo de mi vida y carrera académica

**A MIS MAESTROS:** Agradezco sinceramente a todos los profesores que me brindaron su conocimiento, orientación y mentoría a lo largo de mi programa de maestría, especialmente a Msp.Licda Reina Araceli Padilla por su dedicación, orientación y confianza durante todo este proceso.

**AL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER:** Deseo agradecer a las autoridades, personal de la unidad de cuidados paliativos por su tiempo y contribuciones las cuales fueron fundamentales para el éxito de esta investigación.

**Tabla de contenido.**

RESUMEN DE LA INVESTIGACION.....	6
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPITULO I.....	10
1.1. Planteamiento del problema.....	10
CAPITULO II.....	14
Marco teórico.....	14
2.1. Generalidades de cuidados paliativos.....	14
2.1.2 Caracterización clínica del paciente terminal.....	15
2.1.3 Factores asociados a polifarmacia en el paciente terminal.....	15
2.1.4 Cuidados paliativos comunitarios: la atención farmacéutica.....	16
2.1.5 Referencias al personal farmacéutico para el manejo y tratamiento adecuado de paciente terminal.....	17
2.2 Los cuidados paliativos desde las dimensiones: física, familiar y psicológica- espiritual.....	18
2.2.1 Dimensión física.....	18
2.2.2. Dimensión familiar.....	21
2.2.3 Los patrones de funcionamiento y la adaptación familiar.....	24
2.2.4 Modelo Circunflejo del funcionamiento familiar.....	25
2.2.5 Dimensión psicológica-espiritual.....	26
2.2.6. Musicoterapia.....	29
2.2.7 Terapia de dignidad.....	30
2.3 Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes del programa de cuidados paliativos del Hospital Nacional de la mujer.....	32
2.4 El rol del médico de familia puede mejorar la relación médico-paciente-familia para beneficio del estado funcional del paciente.....	33
2.4.1 Roles del médico familiar en la atención de pacientes en el final de la vida.....	33
2.4.2. Grado de satisfacción e importancia de los cuidados paliativos al final de la vida.....	35
2.4.2 Educación médica en cuidados paliativos.....	37
Valoración y complejidad de los cuidados paliativos.....	38
CAPITULO III.....	38
Diseño metodológico.....	38
CAPITULO IV.....	46
Resultados.....	46
CAPITULO V.....	67
Discusión de resultados.....	67
CAPÍTULO VI.....	73
Conclusiones.....	73
CAPITULO VIII.....	74
Recomendaciones.....	74
Referencias bibliográficas.....	77
ANEXOS.....	83

## RESUMEN DE LA INVESTIGACION

**Título de la investigación:** Cuidados paliativos recibidos por las pacientes del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez, en el periodo abril - agosto 2025.

**Propósito de la investigación:** El estudio tuvo como propósito identificar los cuidados paliativos que recibieron las pacientes del programa de cuidados paliativos del Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez, considerando las dimensiones física, familiar y psicológica-espiritual. Asimismo, se pretendió analizar cómo el rol del médico de familia influyó en la relación médico-paciente-familia para mejorar el estado funcional de las pacientes, y reconocer las principales necesidades que enfrentaron durante el proceso de su enfermedad.

**Diseño metodológico** La investigación se realizó en el servicio de cuidados paliativos del Hospital Nacional de la Mujer entre los meses de abril y agosto de 2025. Se aplicó un enfoque descriptivo con diseño no experimental y corte transversal. La muestra fue no probabilística por conveniencia e incluyó al 100 % de las pacientes ingresadas durante julio y agosto de 2025 que cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó la técnica de fichaje para identificar las características epidemiológicas de las pacientes y se desarrollaron entrevistas estructuradas para evaluar las dimensiones física, psicológica-espiritual y el rol del médico. Se aseguró el consentimiento informado de las participantes, garantizando la confidencialidad de los datos. El análisis se efectuó mediante herramientas estadísticas descriptivas y categóricas para determinar tendencias en los resultados.

**Resultados:** Los hallazgos evidenciaron que la mayoría de las pacientes presentaron enfermedades oncológicas en etapa avanzada, predominando el cáncer de mama (47 %) y de cérvix (31 %). El 100 % de las pacientes mostraron comorbilidades como hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. En la dimensión física, los síntomas más comunes fueron dolor, fatiga y disnea; sin embargo, los cuidados paliativos permitieron un control adecuado de los mismos. En la dimensión familiar, se destacó la participación activa de los familiares, aunque se identificó sobrecarga emocional y falta de información en algunos casos. En la dimensión psicológica-espiritual, se comprobó que su intervención contribuyó significativamente al bienestar y aceptación del proceso de enfermedad. Asimismo, se determinó que el rol del médico fue fundamental en la comunicación efectiva, la toma de decisiones terapéuticas y la coordinación con el equipo multidisciplinario. **Conclusiones:** El estudio concluyó que los cuidados paliativos brindaron una mejora notable en la calidad de vida de las

pacientes y sus familias. Se confirmó la necesidad de un abordaje interdisciplinario que integre las dimensiones física, familiar y espiritual. Se evidenció que el acompañamiento emocional y espiritual fortaleció la resiliencia tanto de las pacientes como de sus cuidadores.

**Recomendaciones:** Se recomendó al Ministerio de Salud fortalecer la capacitación del personal médico y de enfermería en cuidados paliativos desde el primer nivel de atención. Al Hospital Nacional de la Mujer, se sugirió promover la creación de programas educativos para pacientes y familiares, fomentar la atención multidisciplinaria y consolidar protocolos que garanticen la atención integral. Finalmente, se instó a incluir la dimensión espiritual en las intervenciones hospitalarias como parte fundamental del proceso terapéutico.

Palabras claves: Cuidados paliativos, dimensión, física, psicológica, espiritual, comunicación personal de salud, atención recibida.

## INTRODUCCIÓN

Los cambios demográficos mundiales, avance tecnológico En el diagnóstico y tratamiento de enfermedades ha generado desafíos para el sistema de salud. Los cuidados paliativos son una forma integral de atención médica destinada a mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan enfermedades avanzadas, crónicas o terminales, así como la de sus familias. Este enfoque se basa en el alivio del sufrimiento en todas sus formas —física, emocional, social y espiritual—, sin centrarse solamente en la curación de la enfermedad, sino en el control de los síntomas y en el acompañamiento integral.<sup>6,31</sup>

Desde una perspectiva física, los cuidados paliativos se orientan al manejo eficaz del dolor y de otros síntomas como la disnea, náuseas, fatiga o insomnio. Para minimizar el malestar físico del paciente mediante intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, individualizadas y ajustadas a la evolución de la enfermedad; En la dimensión psicológica, estos cuidados buscan ofrecer apoyo emocional tanto al paciente como a su entorno más cercano. Es común que las personas con enfermedades avanzadas enfrenten miedo, ansiedad, tristeza o depresión. Por ello, el equipo paliativista incluye profesionales capacitados para brindar acompañamiento, contención y herramientas que promuevan la aceptación, la resiliencia y el bienestar emocional y por ultimo la dimensión familiar es esencial en los cuidados paliativos, ya que reconoce el impacto que la enfermedad tiene en el entorno del paciente

El presente estudio sobre Cuidados paliativos recibidos por las pacientes del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez, se enfoca en los cuidados para el afrontamiento al final de la vida, que cada día adquieren más importancia en el sistema de salud, por el incremento de casos de enfermedades crónicas, así como el interés de los profesionales de salud en disminuir el sufrimiento para brindar una muerte digna. Los cuidados paliativos según la OMS incluyen: la prevención y alivio del sufrimiento, tratamiento del dolor, problemas psicológicos, físicos. Los cuidados paliativos deben de ser difundidos enfatizando en la dignidad humana, ya que estos pacientes no responden al tratamiento convencional.

La familia es un pilar básico en el cuidado del paciente terminal, debe ser considerado terapéutico en si mismo e incorporarse en la planificación de los cuidados del paciente; facilita un ambiente para muerte tranquila, íntima, fuera del entorno hospitalario, en con acompañamiento de los seres queridos y

familiares; muchas veces las enfermedades terminales generan desconcierto, negación, tristeza, que se acompañan de desinformación. Por lo que el sistema de salud deberá conocer el funcionamiento de la dinámica familiar y el rol del médico de familia que permita una nueva perspectiva en la que su labor sea protagónica en el cuidado del paciente; permitiendo una mejor calidad de vida en los últimos días de paciente.<sup>18,19</sup>

Además de considerar la atención holística, no se toma en cuenta las necesidades espirituales de los pacientes, hay estudios donde evidencian que mejora la sensación de bienestar, tranquilidad. El sistema de salud debería de humanizar esta atención, promoviendo el acompañamiento, humanización, empatía a todos los pacientes terminales, así como la educación en cuidados paliativos a todos los pacientes y familia con patología crónica degenerativa.

## **CAPITULO I.**

### **1.1.Planteamiento del problema**

Se calcula que en el mundo se requieren cuidados paliativos más desde el 40 al 60% de las defunciones. Los cuidados paliativos son necesarios para una amplia gama de enfermedades que limitan la vida. Por ejemplo: enfermedades cardiovasculares (38.5%), cáncer (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10.3%), infección por VIH (5.7%) y diabetes (4.6%); algunas de las situaciones que requieren asistencia paliativa son: insuficiencia renal, enfermedades hepáticas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, demencia, entre otras relacionadas. <sup>1</sup>

Según el atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica para el año 2020 la necesidad de los salvadoreños de atención paliativa fue de 36,972 personas entre ellas un 2% enfermedades pulmonares, 6% enfermedades cerebrovasculares, 14% Demencias, 22% VIH avanzado, 22% Cáncer y 34 % otras enfermedades. <sup>2,3</sup>

Las mujeres que consultan en Hospital de la Mujer reciben cuidados paliativos para mejorar su calidad de vida en sus últimos días al analizar el desarrollo de los Cuidados Paliativos falta mejorar su integración en el Sistema nacional de Salud, en la dimensión física, familiar, psicológica y espiritual; la formación en CP de los profesionales de salud es tan limitada, y la desinformación a las familias sobre esta problemática está muy relacionada en la atención a las pacientes terminales.

Las pacientes tienen que adaptarse a los diferentes estadios de su enfermedad en conjunto con su familiar, conocer alternativas de tratamiento, toma de decisiones, y no solamente en seguir un protocolo de atención que en algunas ocasiones provoca un deterioro de calidad de vida más que un tratamiento de acuerdo a las necesidades reales de las pacientes.

En el Hospital Nacional de la Mujer para el año 2022 se incrementó el número de hospitalizaciones por cáncer con un 34% ( de 1740 a 2340) este incremento visto por los cambios de estilo de vida y determinantes sociales en la mujer; Realizar medidas de prevención y tratamiento curativo si es posible, de lo contrario; la educación en cuidados paliativos en el personal de salud como en la comunidad desde primer nivel de atención es esencial, ya que en algún momento de nuestra vida, seremos pacientes paliativo. Las pacientes ingresadas en el programa reciben cuidados paliativos para aliviar su dolor, aumentar la sensación de bienestar y mejorar su calidad de vida en acompañamiento con sus seres queridos.

### **1.2.Enunciado del problema**

¿Cuáles son los cuidados paliativos que reciben las pacientes del Hospital Nacional de la Mujer?

#### Pregunta de investigación

- ¿Cuál es el perfil epidemiológico de las pacientes del programa de cuidados paliativos del hospital de la mujer?
- ¿Cuál es el rol del médico de familia en la atención de la paciente paliativa?
- ¿Cómo perciben las pacientes la atención en cuidados paliativos desde la dimensión física, familiar, psicológica y espiritual?

### **1.3.Justificación:**

Los Cuidados Paliativos, son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal<sup>4</sup>; procurando brindar que los pacientes dispongan de sus últimos días conscientes, libres de dolor, síntomas bajo control, de tal manera que puedan estar dignamente, en su casa rodeados de las personas que los quieren.

Desde la creación del hospital Divina providencia en el año 1950, destinado para la atención de pacientes del instituto del cáncer, que presentaban dificultad para desplazarse y recibir atención; hasta que en el año 1999, se reconoció la importancia del dolor y sufrimiento en los pacientes con enfermedades terminales; finalmente en el año 2002, en El Salvador se implementó la normativa de cuidados paliativos, con el propósito de mejorar la calidad de atención a los pacientes y sus familias.<sup>1,2,3</sup>

En el Salvador, el Hospital Nacional de la Mujer a partir del año 2020 entra en vigencia la unidad de Dolor y cuidados paliativos adscrita en el área de ginecología oncológica. Cuyos propósitos principales son: rehabilitación y cuidados paliativos, del manejo de dolor, síntomas intestinales, urológicos, respiratorios, apoyo psicológico, manejo ambulatorio, soporte familiar, entre otros.

De acuerdo a un estudio descriptivo, de carácter retrospectivo, realizado en el hospital Nacional de la Mujer en el año 2021; donde participaron 75 pacientes que cumplieron criterios de inclusión, los parámetros iniciales para tratamiento de cuidados paliativos de las pacientes fueron: cáncer de mama

con un 47%, cáncer de cérvix 31%, cáncer de endometrio 8%, cáncer de ovario 12%, cáncer del cuerpo de útero 2%. El 60% de los pacientes se encontró en estadio III de FIGO<sup>9</sup>

Se calcula que en el mundo se requieren cuidados paliativos más desde el 40 al 60% de las defunciones. Los cuidados paliativos son necesarios para una amplia gama de enfermedades que limitan la vida. Por ejemplo: enfermedades cardiovasculares (38.5%), cáncer (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10.3%), infección por VIH (5.7%) y diabetes (4.6%).<sup>1,2,3</sup>

Los Cuidados Paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de morir; No prolongan la vida y tampoco aceleran la muerte. Solamente intentan estar presentes y aportar los conocimientos especializados de cuidados médicos y psicológicos, y el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal en un entorno que incluye el hogar, la familia y los amigos.<sup>22</sup> la inclusión familiar en el proceso de cuidado ayuda a mejorar la comunicación y a compartir la carga emocional, haciendo que la familia participe en la toma de decisiones, fortaleciendo lazos familiares. Los médicos de familia se encuentran en una posición privilegiada para identificar y manejar estos problemas de manera continua y personalizada.

En el caso de las mujeres el número de casos de cáncer de mama y cérvix y enfermedades crónicas degenerativas va en aumento. esta investigación es importante porque permitirá concientizar al personal de salud, autoridades y familias a realizar cuidados paliativos desde el primer nivel de atención, promover la creación de programas que asegure el acompañamiento por parte del personal de salud a las familias por un equipo multidisciplinario que asegure las necesidades reales de las pacientes además del tratamiento médico necesario.

Los resultados de la investigación serán útiles para las autoridades del ministerio de salud para brindar una atención adecuada a las pacientes de acuerdo a las dimensiones: física, familiar, espiritual-psicológica; además permitirá una planificación anticipada de la atención para la toma de decisiones sobre el final de la vida de las pacientes, guiando sus deseos y valores, siendo esto indispensable para el bienestar emocional y psicológico de la familia y la paciente.

Esta investigación es importante porque tiene enfoque holístico, es decir estudia el paciente y su totalidad, considera no solamente su enfermedad, sino también el contexto social, emocional y psicológico-espiritual del individuo.

## **1.4.Objetivos**

### **1.4.1- General**

Analizar los cuidados paliativos que reciben las pacientes del programa desde las dimensiones: física, familiar y psicológica- espiritual del hospital nacional de la mujer.

### **1.4.2 -Específicos**

1.4.2.1. Identificar el perfil epidemiológico de las pacientes del programa de cuidados paliativos del Hospital Nacional de la mujer.

1.4.2.2. Describir las necesidades de la paciente para el manejo de su enfermedad desde las dimensiones: física, familiar y psicogica-espiritual.

1.4.2.3. Determinar como el rol del médico puede mejorar la relación médico-paciente-familia para beneficio del estado funcional del paciente.

## **CAPITULO II.**

### **Marco teórico**

#### 2.0 Bases teóricas

##### 2.1. Generalidades de cuidados paliativos

Los cuidados paliativos comprenden unas acciones que se realizan con el propósito de influir en la calidad de vida de las pacientes Según W. Austidillo y C. Mendinueta los cuidados paliativos pueden definirse como: “un programa de tratamiento destinado a mejorar la calidad de vida y las condiciones de los pacientes, quienes padecen de enfermedades sin respuesta al tratamiento curativo y, que, en consecuencia, necesitan atención para controlar los dolores físicos, los diversos síntomas, y el sufrimiento como tal, para conseguir plenitud en sus últimos días de vida”<sup>13,21</sup>

Se calcula que en el mundo aproximadamente el 40-60% de los pacientes en algún momento de la vida requerirán cuidados paliativos, sin embargo, solamente el 14% de los pacientes los reciben. Para el año 2021 el MINSAL reportó 20,284 muertes por enfermedades no transmisibles; el 33.8% ocurrieron entre las edades de 30 a 69 años, enfermedades cardiovasculares representaron el 58.4%, cáncer 21.4%, diabetes 14.3%.<sup>1,2,3</sup>

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) fundada en 1992 con el objetivo de mejorar la calidad de atención de los pacientes terminales y sus familias, establece la importancia de prestar atención no solamente a aspectos físicos si no también familiar, psicológica-espiritual, cuyo pilar principal es el bienestar, promoción de la dignidad y autonomía del paciente y sus familias.<sup>21</sup>

Los criterios según la SECPAL para paciente paliativo son los siguientes<sup>10</sup>:

- Enfermedad incurable, avanzada, progresiva.
- Falta de tratamiento razonable o respuesta terapéutica
- Síntomas intensos, múltiples, multifactoriales.
- Impacto emocional en pacientes, familia y equipo multidisciplinario; relacionado con la muerte explícita o no.
- Pronóstico de vida menor a 6 meses.

### 2.1.2 Caracterización clínica del paciente terminal

En el Hospital de Alcorcón Madrid se llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo de los Pacientes no oncológicos en situación de enfermedad avanzada incluidos en programa de CP y atendidos por un Equipo de soporte de atención paliativa domiciliario (ESAPD) desde noviembre de 2009 a marzo de 2013. El estudio fue aprobado por la Comisión Local de Investigación de la Dirección Asistencial previa presentación de un protocolo de estudio. Durante el periodo de estudio fueron atendidos un total de 1.025 pacientes, de los cuales 654 (63,80%) fueron oncológicos, y 371 (36,19%), no oncológicos.

Cabe destacar de estos datos que la población mayor de 65 años supuso el 94,8% del total de pacientes y que el 21,8% del total estaban institucionalizados. En cuanto al diagnóstico principal, las dolencias más frecuentes fueron las enfermedades neurológicas (35,3%), las respiratorias (18%) y la insuficiencia cardíaca (13%), con un 17% de enfermos pluripatológicos. Los pacientes fueron derivados mayoritariamente desde Atención Primaria y desde el ámbito y desde los equipos de soporte hospitalario, siendo los motivos principales de derivación el control de síntomas (85,5%) y el manejo de la situación de últimos días (15,3%). Los síntomas más prevalentes fueron la astenia, la disnea y el dolor, y los síndromes geriátricos más frecuentes fueron el inmovilismo, el deterioro cognitivo y la polifarmacia, con una media de fármacos al ingreso de 7,23. En cuanto a la situación funcional, un 65,4% de los pacientes eran grandes dependiente.<sup>31,43</sup>

En un estudio realizado en México donde La población de estudio fue de expedientes de pacientes con insuficiencia hepática no oncológica atendidos en el servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos en el periodo comprendido del 01 de enero de 2021 al 30 de junio de 2023 en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, De acuerdo con este estudio, destacan el sexo masculino, el origen etílico de la insuficiencia hepática, un promedio de edad de 50 a 59 años, así como una clasificación C en la escala de Child Pugh y un promedio de 30 a 39 puntos en la escala de MELD, además de que el 100% de los pacientes se encontraron con escala de NECPAL positiva, concluyendo que todos los pacientes tenían necesidades paliativas, así como enfermedad crónica avanzada.<sup>47</sup>

### 2.1.3 Factores asociados a polifarmacia en el paciente terminal

La polimedicación, definida como la prescripción de más de 5 fármacos, es un problema cada vez más frecuente en la población mayor con enfermedades en fase terminal; Otra cuestión relacionada es la prescripción inadecuada, definida como el uso de fármacos con relación beneficio/ riesgo

desfavorable, duplicidad de fármacos y ausencia de utilización de medicación con indicación clínica adaptada a la situación funcional del paciente, así como a la esperanza de vida y objetivos terapéutico.<sup>50,51</sup>

Estudios publicados anteriormente muestran una prevalencia de polifarmacia excesiva (> 10 fármacos prescritos) en el último mes de vida cercana al 50 %<sup>52</sup>. En nuestro estudio, este porcentaje es del 18,3 %, mientras que el porcentaje de polifarmacia en esta fase final es de 66 %. Este alto porcentaje de polifarmacia podría explicarse por el inicio de medicamentos destinados al alivio de síntomas.

Mediante el análisis retrospectivo de 136 historias clínicas del Hospital San Juan de Alicante, España<sup>52</sup> de pacientes fallecidos en una Unidad de Hospitalización a Domicilio realizó un estudio descriptivo analizando características sociodemográficas, comorbilidades y medicación activa tanto a los 12 meses como al mes previo al fallecimiento; donde se determinó: En la revisión de la prescripción 12 meses antes del fallecimiento, un 71,9 % (n = 98) estaban polimedcados. Un 27,9 % de los pacientes (n = 38) tenían prescritos menos de 5 fármacos, un 52,2 % (n = 71) tenían prescritos entre 5 y 10 fármacos, un 18,3 % (n = 25) entre 11 y 15 fármacos y un 1,4 % (n = 2) más de 15 fármacos. En la revisión farmacológica un mes antes del fallecimiento, la polimedcación estaba presente en un 66 % de los pacientes (n = 90). En cuanto a la medicación prescrita un mes antes del fallecimiento, un 16,1 % tomaban hipolipemiantes, un 24,2 % antiagregantes, un 17,6 % antidiabéticos orales, un 53,6 % inhibidores de la bomba de protones y un 22% vitamina D.

Un elevado porcentaje de pacientes mantienen tratamientos preventivos en sus últimos días de vida, fármacos con escaso beneficio a tan corto plazo, cuando se debería de priorizar las medidas que optimicen la calidad de vida. Las consecuencias clínicas indican que es crucial reconsiderar la administración de estos medicamentos en pacientes con necesidades paliativas.

#### 2.1.4 Cuidados paliativos comunitarios: la atención farmacéutica.

El manejo de los fármacos en el paciente terminal es una tarea compleja por la importante cantidad de ellos necesaria. Esta complejidad está en relación con los múltiples síntomas, intensos, cambiantes y multifactoriales que presentan, una media de entre 8 y 10. El síntoma más frecuente es la astenia, siendo el dolor el síntoma paradigma. En el momento en que un equipo de CP inicia la atención a un paciente, al menos el 20% necesita ya por lo menos 8 fármacos, cantidad que irá aumentando a la par que se acerca el momento de la muerte, y a la que hay que asociar los que el paciente tomaba ya por

enfermedades comórbidas previas, teniendo en cuenta que la mayoría serán personas de edad avanzada, y que a lo largo de su proceso pueden recibir tratamientos desde distintos niveles o instancias (equipos de CP, médico de AP y de atención especializada)<sup>51</sup>

Se afirma que los mejores cuidados son los que se prestan por personal competente en el menor tiempo de plazo posible y lo más cerca posible del domicilio del paciente.<sup>32</sup>

#### 2.1.5 Referencias al personal farmacéutico para el manejo y tratamiento adecuado de paciente terminal.

Plan estratégico de cuidados paliativos para la comunidad: Establecer Comisiones de Cuidados Paliativos que se reúnan periódicamente y que estarán formadas, entre otros, por responsables de las redes y representantes de: farmacia y otros Unidad Integrada: en estas unidades trabajarán equipos multiprofesionales: médicos y personal de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, farmacéuticos y asesores espirituales, constituyéndose en este conjunto el equipo completo de cuidados paliativos.

Los profesionales que trabajan en estas unidades deben ser flexibles, adaptando las funciones de las distintas disciplinas para dar respuesta a las necesidades del paciente Es por ello por lo que se hace imprescindible la coordinación de diferentes disciplinas entre los diferentes niveles asistenciales, para hacer una utilización de recursos adecuada y eficiente.

Servicios de farmacia de hospital y atención primaria: Estos servicios proporcionarán el apoyo en la asistencia farmacoterapéutica de acuerdo con las guías clínicas y control de síntomas <sup>32,34</sup>

Formación posgrado para el resto de profesionales. Para este grupo, las acciones pueden estar integradas y plantearse en conjunto para los residentes de todas las especialidades médicas, incluidos psicólogos y farmacéuticos. Desarrollar para cada una de ellas contenidos específicos de la materia central de su competencia y un apartado importante común.

**Tabla 1.** *Lista de medicamentos esenciales de cuidados paliativos* <sup>33,35</sup>

Medicamentos esenciales según Asociación internacional de Cuidados Paliativos (IAHCP) /OMS
--

Amitriptilina, aceite mineral (enema)
Butil bromuro de hioscina, Bisacodilo.
Carbamazepina, citalopram, codeína
Dexametasona, diazepam, diclofenaco, difenhidramina
Fentanilo
Gabapentina
Haloperidol
Ibuprofeno
Loperamida, Lorazepam, levomepromazina
Metadona, midazolam, metoclopramida, morfina
Octeotride, oxicodona.
Sales de rehidratación oral.
Paracetamol, prednisolona
Sen ( senosidos)
Tramadol, trazadona
Zolpidem

**Fuente:** *Selection- Model List of essential medicines [Internet]. Naciones Unidas : Kit de Herramientas de la ONU sobre Drogas Sintéticas. [citado el 26 de abril de 2025]. Disponible en: <https://syntheticdrugs.unodc.org/syntheticdrugs/es/access/pharmaceutical/selection--model-list-of-essential-medicines.html>*

## 2.2 Los cuidados paliativos desde las dimensiones: física, familiar y psicológica- espiritual

### 2.2.1 Dimensión física

Los últimos días de la vida representan la fase agónica. No existe un acuerdo unánime sobre su duración en el sentido de cuánto tiempo previo a la muerte constituye dicha fase. Las opiniones son variables, y consideran como tal desde las últimas horas hasta los últimos 3-5 días si se hacen evidentes los síntomas y signos del proceso de morir. Éstos son producto del deterioro completo de las funciones vitales, como la disminución o anulación de las funciones digestivas (ingestión y deposición), renales y mentales, y un grado elevado de incapacidad funcional.<sup>17</sup>

Un estudio realizado, con enfoque cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal; en el Hospital Militar en el año 2021 en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, mayores de 18 años; ingresados en dicho hospital entre los meses de agosto y septiembre. Se presentan en la tabla 1 de relación de pacientes con enfermedad paliativa y su edad.<sup>10</sup>

**Tabla 2**

*Relación de pacientes de Hospital Militar Central con enfermedad paliativa y su edad.*

Rango de edad	frecuencia	Total
20 a 30 años	2	3%
31 a 40 años	0	0
41 a 50 años	2	3%
51 a 60 años	2	3%
61-70 años	15	22%
71 a 80 años	22	32.3%
81 a 90 años	18	26.4%
91 a 100 años	7	10.3%
Total	68	100%

**Fuente:** Tomado de Gallegos A. *Caracterización de pacientes con enfermedad crónica avanzada y la necesidad de cuidados paliativos ingresados en Hospital Militar Central durante el periodo agosto – septiembre de 2021. Página 34. Capítulo V. año 2021.*<sup>10</sup>

Los pacientes de 91 a 100 años no reportaron enfermedad crónica oncológica, enfermedad pulmonar, cardíaca, neurológica, demencia, hepática, aun cuando, por su edad avanzada los pacientes presentaron desnutrición, fragilidad extrema, deterioro por lo que es llevado al programa de cuidados paliativos del hospital; los demás rangos de edades si presentaron enfermedad crónica avanzada. (Tabla 2)

**Tabla 3.**

*Prevalencia de enfermedades crónicas y necesidad de atención paliativa*

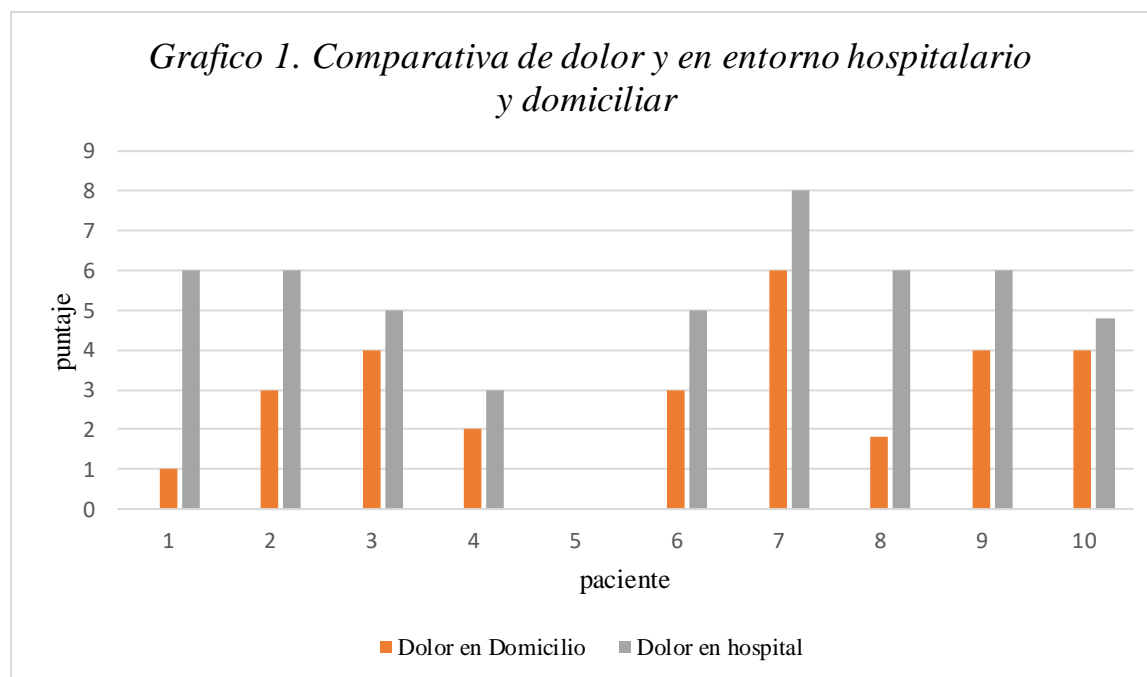
Presencia de enfermedad paliativa	oncológica	pulmonar	cardíaca	hepática	Renal	Neurológica+motoneurona+esclerosis múltiple y demencia	

Si	17	2	24	9	11	15	
No	51	66	44	59	57	53	

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de los datos de investigación de Gallegos A. Caracterización de pacientes con enfermedad crónica avanzada y la necesidad de cuidados paliativos ingresados en Hospital Militar Central durante el periodo agosto – septiembre de 2021. Página 37-40. Capítulo V. año 2021<sup>10</sup>*

Las enfermedades oncológicas que presentaron los pacientes las más frecuentes fueron: cáncer de próstata de cáncer de mama, la enfermedad pulmonar represento solo el 3%, enfermedad cardiaca un 35.3%, enfermedades neurológicas 22.1%, enfermedad hepática 13.3% las comorbilidades que presentaron en común estos pacientes fueron diabetes mellitus y dislipidemias; enfermedad renal crónica estadio V 16.8% en modalidad de hemodiálisis de 2 a 3 veces por semana.

En el mismo estudio realizado en el Hospital Militar año 2021; en el grafico 1 se puede observar que la mayoría de pacientes presentó aumento de dolor en el entorno hospitalario; además todos los pacientes del estudio manifestaron pérdida de sensación de bienestar durante su ingreso hospitalario.



**Fuente:** *Elaboración propia a partir de datos consultados de Medina Viaud, Moreira Zamora.<sup>12</sup> Impacto económico y en calidad de vida de la internación domiciliar paliativista comparada con los cuidados paliativos intrahospitalarios en un grupo de pacientes oncológicos avanzados del sector salud privado [Internet]. Repositorio Institucional Universidad José Matías Delgado. 2018 [cited 2025 Feb 27]. Available from:*

[https://webquery.ujmd.edu.sv/siab/opac3/verdetalle.php?idobra=42272&searchType=desc\\_ppales\\_anadoc,desc\\_post\\_anadoc,desc\\_prop\\_anadoc&cc=2&searchText=ENFERMER%CDA%20DE%20CUIDADOS%20INTENSIVOS&sortBy=default&sfrase=default](https://webquery.ujmd.edu.sv/siab/opac3/verdetalle.php?idobra=42272&searchType=desc_ppales_anadoc,desc_post_anadoc,desc_prop_anadoc&cc=2&searchText=ENFERMER%CDA%20DE%20CUIDADOS%20INTENSIVOS&sortBy=default&sfrase=default)

### 2.2.2. Dimensión familiar

La familia del paciente en estado terminal se convierte en un elemento terapéutico esencial para aliviar el sufrimiento de este, por tal motivo los profesionales de salud deben garantizar que las familias se encuentren preparadas y dispuestas para proporcionar el acompañamiento necesario<sup>11</sup>. La familia se convierte entonces en un pilar básico en el cuidado del paciente al final de la vida, debe considerarse como un *elemento terapéutico en sí mismo* y como tal debe incorporarse en la planificación del cuidado, ya que contribuye a aliviar el sufrimiento del paciente al estar a su lado y acompañarlo en el proceso de morir; sin embargo, la condición de enfermedad terminal desencadena alteraciones tanto en el funcionamiento como en la dinámica familiar.

La familia desarrolla mecanismos de autorregulación, los cuales a veces no son suficientes y pueden terminar en un desequilibrio emocional.

Según Meltzer<sup>40</sup>, las habilidades emocionales básicas de una familia funcional residen en: la capacidad de generar amor, la capacidad de promover la esperanza, la capacidad de expresar sus sentimientos de una manera común, y la propiciación a la reflexión. En los CP no hay mucha literatura sobre el concepto de capacidad de cuidar, pero hay algunas referencias sobre la condición de sobrecarga del cuidador familiar. Grunfeld llegaron a la conclusión de que hay un aumento sustancial en la carga del cuidador y en la depresión cuando el paciente llega a una etapa terminal de la enfermedad, así como un aumento de la carga económica y ocupacional.

Este estudio trata de determinar qué factores influyen en la capacidad para cuidar de familiares enfermos terminales (ver tabla 4). Las familias desean lo mejor para el paciente y no quieren fallar debido a la falta de conocimiento. El apoyo informativo incluye el asesoramiento y la orientación cognitiva, que son importantes para la toma de decisiones y el logro de objetivo.<sup>41</sup>

Los investigadores identificaron los factores que favorecen y obstaculizan la prestación de cuidados y creen que la intervención de un equipo de CP debe centrarse en los factores que dificultan el proceso, con el fin de promover una educación flexible para los cuidadores. Todos los profesionales deben ser

conscientes y sensibles a las necesidades de los cuidadores informales de sus pacientes, y a los cuidadores que tienen necesidades no cubiertas o con un alto nivel de capacidad de funcionar efectivamente obstaculizada, incluyendo su papel como un sistema de apoyo permanente para el/los pacientes

**Tabla 4.** *Listado de capacidades para cuidar a pacientes con cáncer en Cuidados paliativos*

<i>Dificultan el cuidado</i>
Poco acceso a recursos sociales /salud
Asistencia psicológica inadecuada
Distancia geográfica
Costos para cuidar en el domicilio
Síntomas clínicos
Información protegida (conspiración del silencio)
Vulnerabilidad en los miembros de familia
Proceso de pérdida de duelo
Falta de privacidad
Falta de apoyo de cuidadores/ familiares
Sentimientos: miedo, impotencia, culpa, ansiedad, tristeza, ira, soledad, nostalgia.
Sufrimiento
Lidiar con la muerte
<i>Facilitadores del cuidado</i>
Posibilidad de ingreso en hospital
Acceso a recursos sociales /salud
Acceso a las ayudas técnicas
Acompañamiento por equipo especializado en cuidados paliativos
Signos y síntomas de recuperación

Información clínica
Existencia de vínculos/ afecto
Sentimientos de Esperanza, amor, seguridad, deber, responsabilidad

*Fuente: Adaptado a partir de Reigada C, Ribeiro E, Novellas A. Capacidades familiares para cuidar de enfermos oncológicos paliativos: un estudio cualitativo. Med Paliativa [Internet]. 2015;22(4):119–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.12.002>*

La principal preocupación es crear conciencia sobre la necesidad de capacitar a las familias atendidas por equipos de CP en base a sus necesidades, con el fin tanto de mejorar el cuidado de la persona enferma como de promover su propio autocuidado.

La primera respuesta ante el conocimiento de una enfermedad mortal de un ser querido es de shock, aturdimiento e incredulidad; se puede en un instante percibir la realidad y presentar una intensa reacción emocional con dolor, rabia y llanto, la familia se siente amenazada, asaltada en su unidad y estabilidad, así como para manejar esos sentimientos tan agobiantes entra en un periodo de *negación* que le permite mantener el control y la estabilidad emocional. Posteriormente aparece la ansiedad, el miedo, los sentimientos de desprotección e inutilidad y de manera especial la *rabia*; todos estos sentimientos y emociones se manifiestan en forma de protestas, que se dirigen en gran parte al equipo de salud y se expresan en quejas frecuentes de malos tratos, desinterés, descuido, demandas excesivas o franca hostilidad. Más adelante la familia entra en un periodo de *negociación*, lo que significa mayor aceptación de la enfermedad, pero con la esperanza de que el pronóstico cambie. Sin embargo, con el avance de la enfermedad se inicia una etapa de *depresión* caracterizada por dolor, tristeza, desasosiego, temor, ansiedad, confusión y desesperanza; periodo donde se va fortaleciendo para ajustarse a la tensión emocional y aceptar lo inevitable. Inicia entonces un doloroso proceso denominado duelo anticipatorio, por medio del cual empieza a prever todo lo que tendrá que afrontar ante la muerte definitiva. Finalmente, aparecerá el duelo frente al fallecimiento.<sup>7</sup>

La manifestación de este desequilibrio como grupo y en cada uno de los miembros está condicionado por las características familiares como: el ciclo vital, el momento de la vida del paciente, la solidez y la cohesión familiar, el nivel socioeconómico y la capacidad de afrontamiento.<sup>8,15</sup>

En un estudio realizado en el Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Portugués de Oncología de Oporto (Portugal), siguiendo el criterio general: miembros de la familia (adultos), directa o indirectamente implicados en la atención al paciente. Criterios de inclusión: ser un miembro de la familia, biológica o no, involucrado o responsable del cuidado del paciente con diagnóstico de cáncer en situación paliativa, tener disponibilidad/interés en participar en el estudio y ser capaz de expresarse<sup>41</sup>

Este estudio trata de determinar qué factores influyen en la capacidad para cuidar de familiares enfermos terminales. Las familias desean lo mejor para el paciente y no quieren fallar debido a la falta de conocimiento. Según lo descrito por Barrón<sup>14</sup>, el apoyo informativo incluye el asesoramiento y la orientación cognitiva, que son importantes para la toma de decisiones y el logro de objetivos.

### 2.2.3 Los patrones de funcionamiento y la adaptación familiar

Ante la crisis que supone la enfermedad terminal, las familias presentan dificultades para flexibilizar sus costumbres y perpetúan patrones previos de funcionamiento que pueden ser ineficaces para adaptarse a la nueva situación. Estos patrones (basados en la historia, valores y reglas familiares) pueden dificultar la comunicación intrafamiliar, la distribución de tareas o el conflicto de roles, entre otros. La intervención de los profesionales ante esta situación debe ir dirigida a flexibilizar el funcionamiento familiar, para lo que se precisa conocer cómo son la familia, sus reglas y su capacidad para adaptarse a las nuevas situaciones según las experiencias previas vividas<sup>5,13</sup>

La conspiración del silencio: Es una alteración frecuente de la comunicación familiar producto de patrones culturales que pretenden la protección del enfermo del sufrimiento derivado de conocer la realidad; sin embargo, este comportamiento no siempre es del todo favorecedor, ya que la familia puede o no cambiar la actitud frente al enfermo y tensa la relación medio-paciente.

Aspectos que deben de ser fomentados-favorecidos por la intervención de los profesionales en la atención de la familia<sup>14,15</sup>

- La comunicación efectiva intrafamiliar.
- La transición progresiva hacia los nuevos roles.
- Distribución de tareas.

- No anulación de capacidades del enfermo.
- Reconocimiento de la importancia del cuidador principal.
- Ejecución de actividades que disminuyan la sobrecarga del cuidador.
- Mantenimiento de la rutina familiar.
- Apoyo social interno
- Esperanza de significación: poder morir de acuerdo a sus preferencias, respeto de decisiones.<sup>16</sup>
- Evitar aislamiento social.

#### 2.2.4 Modelo Circunflejo del funcionamiento familiar

Se ha mencionado la importancia que tiene el funcionamiento familiar como variable mediadora en el impacto que la enfermedad puede tener en cada uno de sus miembros. Éste se define como, “conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas.

Este modelo fue desarrollado por Olson, Rusell y Sprenkle entre los años 1979 y 1989 como un intento de integrar los aspectos teóricos y prácticos, proponiendo una escala que evalúa el funcionamiento familiar (FACESIII) Se basa en tres dimensiones

- La cohesión: Se refiere al nivel de vinculación emocional entre los miembros de la familia. Se tienen en cuenta los lazos emocionales, las coaliciones/limites, el tiempo/espacio, los amigos/toma de decisiones y los intereses /recreaciones En función de esta dimensión, podemos encontrar cuatro tipos de familias

1. Desligada: Límites rígidos, no tienen nada en común y no comparten tiempo entre ellos, así como que cada individuo configura un subsistema.
2. Separada: Cada individuo es un subsistema, los límites externos e internos son semi-abiertos, pero los límites generacionales están claramente fijados.
3. Unida: Límites externos semi-abiertos e intergeneracionales claros. Existe espacio entre sus integrantes para su desarrollo.
4. Enredada: Límites difusos, es difícil poder establecer el rol de cada uno de ellos. Se dice que la enfermedad grave de un miembro de la familia producirá un aumento de la cohesión, aunque no en todas las familias se dará esta unión, dependiendo de su funcionamiento previo y la tendencia en la que se encuentre.

- La flexibilidad: La posibilidad de cambios de roles, reglas y liderazgos en la familia. Podemos clasificarlas en los siguientes tipos

1. Caóticas: Roles no definidos, ausencia de liderazgo y disciplina cambiante o ausente.
2. Flexibles: Disciplina democrática, considerando la opinión de los integrantes.
3. Estructurada: Sus integrantes a veces comparten los roles y el liderazgo.
4. Rígida: Presentan roles fijos, liderazgo autoritario y disciplina rígida, sin posibilidad de cambio.

- La comunicación: Facilita los movimientos en las anteriores dimensiones. Cuando surge una enfermedad terminal, se produce una amenaza a la estabilidad y dinámica del sistema, ante lo que la familia puede actuar de diferentes maneras: algunas mantienen rígidamente la estructura, en otros casos se disuelve totalmente, etc. Según Ledeborg (1998), la respuesta ideal sería una adecuada flexibilidad, mientras la familia se va transformando y probando, hasta encontrar una manera de adaptarse a la situación estresante (Citado en Cortés-Funes et al., 2012). Así, el tener vínculos fuertes entre sus miembros, con una estructura familiar flexible que permita la readaptación de sus funciones, y una comunicación abierta y honesta entre ellos, va a facilitar la capacidad de la familia para afrontar la enfermedad. Teniendo en cuenta lo anterior, no en todos los casos se consigue que la familia se pueda adaptar, dando lugar a actuaciones familiares que alteran el funcionamiento familiar y dificultan el afrontamiento de la enfermedad. En este caso vamos a hablar de la sobreprotección al enfermo, la sobrecarga del cuidador y la conspiración del silencio.

En un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, serie de casos, que comprende el periodo de tiempo entre enero a diciembre de 2021, de pacientes inscritos en el programa de cuidados paliativos del ISSS, policlínico Zacamil. Los datos fueron tomados de expedientes que están en resguardo de archivo en la sede central de la estrategia de atención e ingreso domiciliar de cuidados paliativos; fueron evaluados 6 pacientes con escala Zarit evidenciada en sus expedientes clínicos, se concluye que el estado de salud, escolaridad, parentesco, edad, antecedentes personales, horas de cuidado, del cuidador principal interfiere la salud del enfermo terminal en el desempeño, rol, conducta; es decir genera un impacto negativo en el cuidado del enfermo, que además puede llevar a una alteración de la dinámica familiar. Una debilidad de todos los familiares fue el desconocimiento de los cuidados paliativos previo a ingreso hospitalario<sup>16,53</sup>

#### 2.2.5 Dimensión psicológica-espiritual.

La fase final de la vida de una persona implica alteraciones sociales, físicas y psicológicas en los propios pacientes, su familia y el entorno en el que viven<sup>24</sup> Ante estas situaciones, los familiares deben hacer frente a un doble reto: por un lado, satisfacer las necesidades físicas y emocionales del paciente, y, por otro, tratar de mantener el funcionamiento familiar con la máxima normalidad posible. Para poder llevar a cabo este papel, la familia tiene que sentirse integrada a la hora de tomar decisiones junto con el paciente y el equipo sanitario. El trabajo de los equipos con las familias debe orientarse en 3 direcciones:

- Reducir el sufrimiento emocional.
- Enseñar a cuidar.
- Facilitar la capacidad de superar la pérdida de la persona querida.

Los cuidados que se prestan a la familia están relacionados con las respuestas a sus dudas y el alivio de sus temores:

- Información clara y realista sobre la enfermedad, los síntomas y los cuidados paliativos a prestar.
- Información sobre la asistencia continua al paciente a través de un equipo multidisciplinar. Se les explicará la función de cada uno de los miembros.
- Tendrán tiempo ilimitado para permanecer con el paciente, en intimidad.
- Participación en el cuidado. Pueden ayudar en la higiene, la alimentación, con masajes y con otras medidas para fomentar el bienestar.
- Deben prestar continuamente compañía y apoyo emocional, y deben saber que también contarán con el del personal médico.
- Pueden solicitar apoyo espiritual.

En un estudio realizado en el Centro de Cuidados Paliativos de San Camilo, España; se determinó que los pacientes dan una gran importancia a la privacidad e intimidad en las habitaciones individuales tanto a nivel personal como familiar. Los espacios comunes, la naturaleza y el arte favorecen las relaciones interpersonales, la vivencia emocional y espiritual y generan recuerdos positivos en los

pacientes. A partir de lo expresado por los participantes, en este estudio destacan distintas categorías referentes al ambiente generado en la unidad y sus efectos sobre el bienestar físico y social de los pacientes en la unidad.<sup>28</sup>

La humanización de las infraestructuras y de las estructuras materiales forma parte de la humanización de la asistencia sanitaria. El ambiente influye notablemente y se relaciona con el comportamiento de las personas. Es importante crear espacios que proporcionen un equilibrio entre intimidad, comodidad física y psicológica, y apertura para relacionarse y promover experiencias de conexión y vida.<sup>28</sup>

A raíz de la información obtenida en las entrevistas se evidencio que los espacios nuevos comunes (pasillos, comedor, jardines. . .) y privados (habitación y/o terraza) facilitan la comunicación y la calidad de vida de los pacientes y de los familiares, y los 5 espacios temáticos (música, naturaleza, literatura, arte y tiempo) les facilita el contacto con sus emociones y sentimientos, así como con su dimensión espiritual. En su conjunto, podemos decir que mejora la vivencia general de la estancia en la UCP.

Un estudio realizado en Canadá con 584 pacientes constató que más de la mitad de ellos iniciaron la diálisis por recomendación médica (51,9%) o por deseo de la familia (13,9%). No se observaron diferencias en términos de edad, género, raza, tiempo en diálisis, nivel de escolaridad y estado civil entre aquellos que se arrepintieron y los que no se arrepintieron de haber optado por iniciar la terapia<sup>15</sup>. Corroborando con estos hallazgos, investigaciones revelan que más del 60% de los pacientes lamentaron haber iniciado la diálisis, lo que sugiere falta de autonomía, apoyo emocional y conocimiento frente a la toma de decisiones.<sup>23</sup>

Otro estudio realizado en Pakistán con 522 pacientes en diálisis, con el objetivo de conocer las decisiones y preferencias de fin de vida, identificó que el 47% de los pacientes entrevistados deseaban que sus familias asumieran las decisiones médicas en caso de volverse incapaces de tomar decisiones por sí mismos, mientras que el 27% preferían que su médico tomara las decisiones en su nombre. Cerca del 80% informaron dependencia de sus médicos para obtener información sobre su estado de salud, el 54% mencionaron que acordaron iniciar la diálisis debido a la indicación médica, mientras que el 28% afirmaron que era su propia elección y solo el 4% contaron con apoyo emocional de líderes religiosos durante su proceso de enfermedad<sup>23</sup>. Sin embargo, ni médicos ni familiares son precisos al prever los deseos de los pacientes sobre el soporte vital, incluida la intención de diálisis continua, y la

mayoría de los nefrólogos no se siente bien preparada para tomar decisiones de fin de vida por sus pacientes. Se destaca que el 90,4% de los pacientes con ERC informaron que su nefrólogo no había discutido el pronóstico con ellos y solo el 38,2% había llenado una directiva anticipada, indicando prácticas clínicas de fin de vida que no satisfacen sus necesidades.<sup>23,27</sup>

En este contexto, el abordaje de la dimensión espiritual y cultural gana relevancia en el plan de cuidado anticipado con la familia a fin de anclar la confianza en la toma de decisiones. Sin embargo, se identifica una reticencia de la familia a abordar tales conversaciones. La importancia de las creencias espirituales se asoció a diferentes dominios de la planificación de los cuidados paliativos, incluidas las preferencias de resucitación, discusiones sobre la interrupción de la diálisis y prioridades en la toma de decisiones. Estos hallazgos sugieren el valor potencial de un enfoque integrador que incluya las creencias espirituales en el cuidado de esta población. Se destaca que, durante todo el proceso de tratamiento y cuidado, la dimensión espiritual se presenta como una alternativa en el manejo del dolor durante el período patológico, ya que eleva la cantidad de neurotransmisores involucrados en el control del dolor.<sup>20</sup>

#### 2.2.6. Musicoterapia

La integración de la musicoterapia (MT) en el equipo de cuidados paliativos puede ayudar a pacientes y cuidadores a manejar algunas necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que se presentan: facilitar cambios en la percepción del dolor y la ansiedad, normalizar el entorno, mejorar el estado de ánimo, relajar, facilitar la expresión y canalización de emociones, conectar con aspectos espirituales y ofrecer apoyo para saber decir adiós o facilitar el proceso de duelo.<sup>36</sup>

La música, con los elementos que la componen (sonido, ritmo, melodía y armonía) es un lenguaje no verbal, universal. Las personas somos seres innatos a la música. A través de estos elementos realizamos nuestras primeras percepciones y comunicaciones. Nos enriquecemos con estructuras sonoro/musicales procedentes del mundo externo y movilizamos nuestros recursos internos al servicio de la comunicación humana (inter e intrapersonal). Esta interacción con el entorno sonoro se extiende a lo largo de toda la vida.

La MT es definida por la World Federation of Music Therapy como «el uso de la música y/o sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta, con un cliente o grupo, en un proceso designado para facilitar y promover la comunicación, relaciones, aprendizaje,

movilización, expresión, organización y otros objetivos terapéuticos relevantes para poner en orden las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.<sup>37</sup>

Entre los objetivos abarcables encontramos: reducir la percepción de dolor y ansiedad, promover la relajación, distraer, normalizar el entorno hospitalario, aumentar las verbalizaciones relacionadas con la enfermedad, facilitar la canalización de emociones a través de la música y la comunicación no verbal, ofrecer herramientas de control, reducir la impotencia, ayudar al paciente a tratar aspectos de su enfermedad y muerte y, mentalmente, apoyar a las familias en aspectos relacionados con la persona/paciente.<sup>38</sup>

El efecto de la MT quizás no se prolonga en el tiempo o tiene pocos efectos en la reducción de analgésicos, pero que la persona pueda tener momentos de bienestar, relajación física y psicológicos positivos al final de su vida son aspectos valiosos a considerar. Artículos con análisis de casos que ilustran historias de pacientes cuyas vidas y muertes han sido marcadas por la música refuerzan los datos. En este sentido, la armonización del entorno, creando un clima suave y envolvente, permite estar presente incluso en el momento final, acogiendo y encauzando las posibles emociones que puedan surgir. Las necesidades espirituales adquieren especial importancia en la literatura de cuidados paliativos.<sup>39</sup>

La búsqueda de sentido emerge como una motivación recurrente. La experiencia espiritual en pacientes con cáncer avanzado es frecuente y se expresa mediante la alteración de la conciencia corporal, la reducción del dolor y la ansiedad, una mayor aceptación de la enfermedad y la muerte y una nueva identidad espiritual. La música va más allá de lo físico y lo psíquico. Desde la musicoterapia se realza la espiritualidad facilitando 4 aspectos primarios: trascendencia, fe y esperanza, sentido de significado y objetivo y conexión. Facilita poner en orden emociones, pensamientos, creencias, que le permiten liberarse de la culpa, pedir perdón, agradecer, reconciliarse, sentirse perdonado, amar y ser amado.

### 2.2.7 Terapia de dignidad

El objetivo es abordar la angustia psicosocial y existencial de los pacientes terminales para generar un sentido de significado y propósito, reduciendo de esta manera el sufrimiento.<sup>45</sup> Consiste en hacer una serie de preguntas al paciente acerca de su historia de vida, cosas por las que se ha sentido orgulloso,

palabras que le gustaría transmitir a su familia, etc. Las sesiones de terapia se transcriben y se revisa conjuntamente el manuscrito final.

La revisión de la literatura en cuidados paliativos revela un enfoque de investigación e intervención clínica para proveer cuidado manteniendo el sentido de dignidad del enfermo en el transcurso de la vida. Los investigadores más destacados en el estudio de la dignidad desde este enfoque clínico de los cuidados paliativos son Chochinov y Halls . Desde sus estudios empíricos se identifican 3 dominios de factores relacionados con la dignidad en pacientes terminales:

1. Consideraciones relacionadas con la enfermedad<sup>42</sup>
2. el repertorio de conservación de la dignidad (factores internos que afectan a la dignidad)
3. el inventario de dignidad social (factores externos que afectan a la dignidad)

«The Patient Dignity Inventory». evalúa la viabilidad, la aceptabilidad y el rendimiento de lo que ellos llaman la terapia de la dignidad para enfermos terminales o «Dignity therapy». Recientemente, proponen la reincorporación del concepto de «ABC para la reanimación de pacientes críticos» en el ABC y D para el cuidado centrado en la dignidad de los enfermos terminales. En este caso, el ABC se refiere a la actitud, el comportamiento y la compasión (attitude-behaviour-compassion), a lo cual agrega la D de diálogo. Todo ello referido al tipo de cuidado y estilo que el profesional en el ámbito de los cuidados paliativos debería saber desempeñar: «actitud» cercana y sin juicios previos, «conductas» concretas que expresen bondad hacia el paciente, «compasión» como virtud y comprensión de lo que está viviendo el enfermo y, finalmente, «diálogo» como elemento básico de empatía.<sup>41,42</sup>

En un estudio cuantitativo- cualitativo, realizado en 30 pacientes en situación de enfermedad avanzada, 27 de ellos ingresados en el Hospital Pare Jofré de Valencia de un total de 75 pacientes (hospital especializado en «atención a enfermos crónicos y de larga estancia») La variable más valorada por los enfermos corresponde con «Transmitir a los míos cuanto les quiero y lo importantes que son para mí», seguida por «El apoyo y los cuidados del equipo sanitario» Por el contrario, la variable menos valorada por los enfermos «Importancia a que se alivie mi dolor»<sup>42</sup>

En un estudio realizado en enfermos oncológicos atendidos en un hospital de la Comunidad de Madrid<sup>12</sup> .se recogieron los siguientes datos; al 29% de ellos sus creencias (fe y confianza en Dios)

les sosegaban, les daban fuerza y alivio. Un 56% de ellos pensaban que su enfermedad les había cambiado su escala de valores, el 74% daba algún sentido a su enfermedad y el 32% decía que su vida tenía sentido porque la enfermedad les ayudaba a darse cuenta de algo. El 93% manifestaron que poder comunicarse les facilitó la expresión de temores y el darse ellos mismos las respuestas.<sup>43</sup> Los sentimientos de confianza, seguridad, amistad, afecto, humor son todo parte del desarrollo social emocional el paciente.<sup>44</sup>

### 2.3 Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes del programa de cuidados paliativos del Hospital Nacional de la mujer.

En el Salvador, el Hospital Nacional de la Mujer a partir del año 2020 entra en vigencia la unidad de Dolor y cuidados paliativos adscrita en el área de ginecología oncológica. Cuyos propósitos principales son: rehabilitación y cuidados paliativos, del manejo de dolor, síntomas intestinales, urológicos, respiratorios, apoyo psicológico, manejo ambulatorio, soporte familiar, entre otros.

De acuerdo a un estudio descriptivo, observacional de carácter retrospectivo, realizado en el hospital nacional de la mujer en el año 2021; donde participaron 75 pacientes que cumplieron criterios de inclusión; se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes; donde la mayoría comprendieron entre las edades de 51 a 55 años de edad; no obstante, se observó un caso de una paciente de 26 años con diagnóstico de Leiomiomasarcoma en etapa avanzada y otro caso de una paciente de 86 años con diagnóstico de cáncer de cérvix estadio IIIB ambos, fuera del protocolo curativo. Además, el estudio reportó que el 100% de las pacientes tenían comorbilidades: 38% con hipertensión arterial crónica, 25% diabetes tipo 2, 17% TVP, 6% EPOC, Hipotiroidismo y trastorno psiquiátrico, 2% VIH. los parámetros iniciales para tratamiento de cuidados paliativos de las pacientes fueron: cáncer de mama con un 47%, cáncer de cérvix 31%, cáncer de endometrio 8%, cáncer de ovario 12%, cáncer del cuerpo de útero 2%. El 60% de los pacientes se encontró en estadio III de FIGO. (sin detallar en su subclasificación, ya que es distinta para cada tipo de cáncer) en cuanto al tratamiento que recibieron las pacientes, el 26% fueron ingresadas a hospitalización para manejo de dolor, el 22% para manejo en consulta externa, un 19% para terapia transfuncional y quimioterapia paliativa, y el 14% radioterapia. Además, entre otros procedimientos que se realizaron a las pacientes destacaron los siguientes: paracentesis descompresiva (en cáncer de ovario etapa avanzada) colocación de catéter doble J (falla postrenal) sin embargo al 75% de las pacientes de este estudio no se les realizó ninguna

intervención quirúrgica. Con respecto a la participación del equipo multidisciplinario: los protagonistas son los especialistas en oncología ginecológica y oncólogo clínico; por otro lado, estudio no menciona participación de personal de trabajo social, psicología y psiquiatría para la atención en el tratamiento de la dinámica familiar, enfrentar el proceso de la muerte del paciente y entrenamiento familiar para el cuidado de la paciente enferma <sup>9</sup>

2.4 El rol del médico de familia puede mejorar la relación médico-paciente-familia para beneficio del estado funcional del paciente.

El médico de familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario; acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo y/o diagnóstico de los pacientes. <sup>11,14</sup>

El médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada; ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja. <sup>25</sup>

Los médicos de familia y de Atención primaria son los primeros en interactuar con el paciente y las familias, y que están en la capacidad de suministrar cuidados paliativos, lo cual implica habilidades para el manejo básico de síntomas, determinación de los objetivos terapéuticos con base en la sobrevida, así como brindar apoyo psicosocial, entendiendo e identificando las fuentes de sufrimiento físico y espiritual del paciente y su familia. <sup>26</sup>

2.4.1 Roles del médico familiar en la atención de pacientes en el final de la vida

- Identificación temprana del paciente en la etapa del final de la vida
- Prescripción oportuna y control de síntomas como dolor, agitación, náuseas, vómitos, disnea, sangrados y secreciones respiratorias
- Reorientación de los objetivos terapéuticos
- Evaluación permanente de la hidratación y estado nutricional (el inicio y la retirada oportuna)

- Comunicación con el paciente y su familia para toma de decisiones terapéuticas (orden de no reanimación, voluntades anticipadas, eutanasia) y resolución de pendientes psicosociales tales como la reconciliación con seres queridos, el perdón, las acciones de gracias y el cierre de ciclos entre el paciente y sus familiares
- Discusión sobre el plan de atención con el paciente, la familia o sus cuidadores
- Reevaluación frecuente del paciente
- Coordinación de equipos de atención
- Cuidado espiritual del paciente y la familia. Preparación para el proceso de muerte
- Acompañamiento de la familia en la elaboración del duelo

La atención de las necesidades familiares del enfermo terminal es un pilar de atención que contribuye a su mejoría de síntomas y tranquilidad. En este estudio realizado en Barcelona concluyo que la atención de necesidades familiares, psicológicas de los pacientes mejoraba su pronóstico y calidad de vida, de los pacientes ingresados en UCP, así como las relaciones familiares.<sup>27,30</sup>

**Tabla 5. Intervenciones y descripción del médico de familia en coordinación con psicología y trabajo social.**

Intervención	Descripción
Primera visita de Medico Familiar	Entrevista estructurada o semiestructurada, con el objetivo de identificar situaciones que están provocando un malestar en el usuario
Intervención socio terapéutica	Mejorar o implementar dinámicas familiares o individuales con el objetivo de potenciar las capacidades de los individuos en mejorar la situación que están viviendo
Intervención Dinámico-familiar	Promover un cambio en la dinámica disfuncional
Derivación/ coordinación/ recurso externo	Acciones derivadas del contacto, traspaso o coordinación entre nosotros y otros recursos de la comunidad con el objetivo de optimizar las intervenciones de diferentes profesionales implicados
Información y asesoramiento	Atención y transmisión de información profesionalizada sobre una situación en concreto por parte del trabajador social sanitario, al enfermo o familia, con el objetivo de encontrar el recurso o la solución que más se ajuste a la necesidad presentada .
Seguimiento post fallecimiento	Seguimiento de la elaboración de duelo mediante entrevistas personalizadas. También se incluyen trámites administrativos y de apoyo relacionados con la muerte del enfermo

**Fuente:** Barbero Biedma E, Sala Suñe S, Oliva Arias C, Llorens Torrome S, Porta i Sales J. Construcción de

un instrumento de screening sobre la priorización de la evaluación de trabajo social sanitario en una unidad de cuidados paliativos de agudos. *Med Paliativa [Internet]*. 2019;26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2019.1029/2019>

Estudio prospectivo descriptivo realizado en Hospital Laguna Madrid con 23 pacientes durante el periodo desde julio a octubre 2016, sus criterios de inclusión fueron: pacientes capaces de comunicarse adecuadamente con el personal de investigación, adecuada capacidad de comprensión y comunicación, estar informados de que su enfermedad es crónica e irreversible y firmar el consentimiento. Este estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Investigación Clínica del Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol (IDIAP) y el Comité de Ética Asistencial del Valles Oriental (CEAVOC). Donde sus resultados fueron los siguientes ver tabla 6. <sup>29</sup>

**Tabla 6. Deseos y valores más importantes de pacientes terminales del Hospital Laguna en Madrid**

Deseo/Valor	Porcentaje
No ser una carga para mi familia	91.3%
No estar conectado a maquinas	69.6%
Estar sin dolor	69.6%
Tener a mi familia conmigo	56.5%
Estar en paz con Dios	56.5%
Mantener mi dignidad	56.5%
Tener confianza en mi doctor	39.1%
Hablar y ser comprendido	39.1%
Poder ayudar a los demás	39.1%
No morir solo	34.8%

**Fuente:** Villavicencio-Chávez C, Garzón-Rodríguez C, Vaquero-

Cruzado J, Grácia E, Torrents A, Loncán P. Exploración de los Valores y Deseos de Pacientes con Enfermedad Crónica Avanzada y con Enfermedad Crónica Compleja. *Conversaciones Acerca del Final de la Vida. Med Paliativa [Internet]*. 2019;26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2019.1040/2019>

#### 2.4.2. Grado de satisfacción e importancia de los cuidados paliativos al final de la vida.

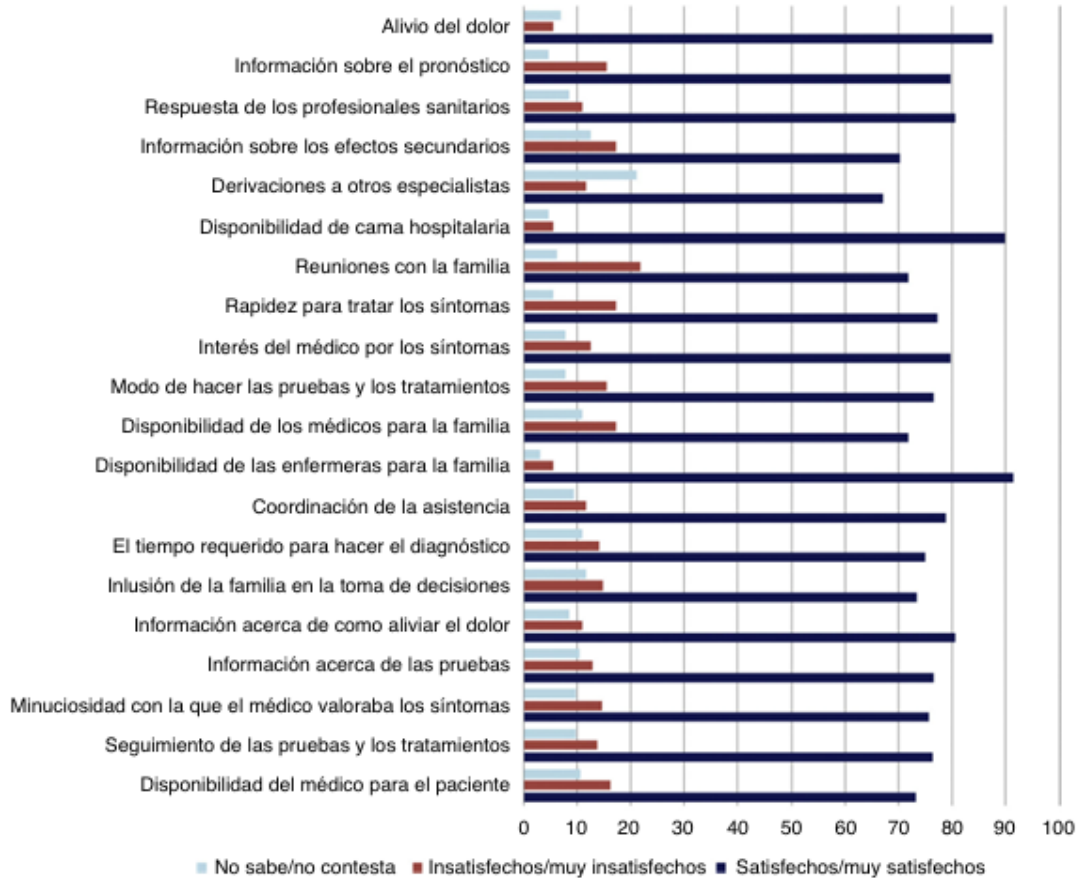
El grado de satisfacción es un buen instrumento para valorar la calidad de la atención sanitaria pero su medición resulta compleja, siendo el método más aceptado el uso de encuestas para identificar los aspectos del cuidado considerados insatisfactorios que son susceptibles de mejora. Durante la fase final de la vida, la satisfacción del paciente y de sus familiares puede considerarse uno de los mejores indicadores de calidad. Los profesionales

sanitarios deben conocer la opinión de estas familias y así mejorar los aspectos del cuidado peor valorados, ofreciendo una atención sanitaria de mayor calidad. <sup>40,43</sup>

Se realizó un estudio prospectivo mediante cuestionario postal que se envió a los familiares de los éxitos ocurridos en los Servicios de Oncología, Medicina Interna y Hospitalización a Domicilio (HOD) del Hospital Universitario Río Ortega de Valladolid entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2012. Se incluyeron todos los fallecidos mayores de 18 años con enfermedad crónica. Se excluyeron los procedentes de residencias por imposibilidad de contactar con la familia y aquellos con dirección postal errónea.

Para valorar el grado de satisfacción se compararon los porcentajes resultantes de la combinación de respuestas «satisfecho» y «muy satisfecho» frente a «insatisfecho» y «muy insatisfecho». Los aspectos mejor valorados fueron el alivio del dolor (87,5%), la disponibilidad de cama (89,8%) y la disponibilidad de enfermería para la familia (91,4%), sin embargo, la disponibilidad de los médicos fue uno de los aspectos peor valorados (17,2% grupo insatisfechos). Otras cuestiones que reflejan descontento fueron la información sobre los efectos adversos (17,2%), las reuniones con la familia (21,9%) y la rapidez para tratar los síntomas (17,2%). El tiempo para hacer el diagnóstico no fue uno de los aspectos peor valorados (14,1%). Las cuestiones que más dudas generaron fueron la derivación a otros especialistas (21,1% grupo no sabe/no contesta), la información sobre los efectos adversos (12,5%) y la inclusión de la familia en la toma de decisiones (11,7%). Otros resultados, menos demostrativos, como se muestra en la figura 1.

**Figura 1. Grado de satisfacción con diferentes aspectos de la atención sanitaria.**



**Fuente:** Bermejo Higuera JC, Lozano González B, Villaceros Durbán M, Gil Vela M. Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios. *Med Paliativa* [Internet]. 2013;20(3):93–102. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.05.004>

#### 2.4.2 Educación médica en cuidados paliativos.

Es importante que desde el pregrado los estudiantes de medicina tengan una asignatura especializada en cuidados paliativos, con la finalidad que conozcan tempranamente los criterios, signos, síntomas para brindar una referencia oportuna al paciente terminal, así como su medicación y las intervenciones a la familia, que es el pilar fundamental en el tratamiento del paciente.<sup>45,46,49</sup>

Se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo y transversal en el Hospital de Arequipa<sup>48,53</sup> 2024, Se aplicó una encuesta de 20 preguntas relacionadas a dolor, disnea, filosofía, problemas psiquiátricos y problemas gastrointestinales; posteriormente los 145 datos obtenido entre septiembre y noviembre fueron analizados en el paquete estadístico SPSS versión 14.0 Resultados: El 20.69% de médicos de 23 a 44 años presentó un nivel malo de conocimientos; el 25.52% de varones mostró un nivel malo, el 17.93% un nivel regular; en contraste

el 9.66% de mujeres tuvo un nivel bueno de conocimiento; el 6.90% con 1 a 3 años de antigüedad presentaron un nivel malo, el 2.76% con 4 a 5 años de antigüedad presentó un nivel malo y 8.28% un nivel bueno de conocimientos; el 12.41% correspondiente a medicina interna obtuvo un nivel bueno respecto a los demás; el 4.14% que llevo un curso de cuidados paliativos alcanzaron un nivel bueno y el 24.14% un nivel regular; nivel de conocimientos en general el 57.24% presentaron un nivel malo y el 12.41% bueno; el 33.79% de médicos asistentes presentó un nivel malo mientras que el 12.41% tuvo un nivel bueno; el 4.14% de médicos residentes alcanzaron un nivel regular y el 23.45% un nivel malo. Finalmente, los que tuvieron un familiar con necesidad de cuidados paliativos alcanzaron el 7.59% en el nivel bueno, el 25.52% un nivel regular y el 47.59% un nivel malo.

Los factores sociodemográficos asociados al nivel de conocimiento en cuidados paliativos fueron la edad, el sexo, la formación en cuidados paliativos, la experiencia laboral, la antigüedad laboral, la especialidad médica y el cargo del personal médico en hospitales públicos. Se demostró que el haber llevado un curso de cuidados paliativos y tener familiares con necesidad de cuidados paliativos tuvo una relación favorable respecto al nivel de conocimientos.<sup>53</sup>

### Valoración y complejidad de los cuidados paliativos

Es necesario considerar la complejidad, en la situación terminal, para garantizar unos CP de calidad y, por tanto, proporcionar confort y dignidad al proceso de la muerte.<sup>48</sup> hay que garantizar la accesibilidad a los recursos avanzados de CP en un modelo de atención compartida de forma efectiva, ya que el envejecimiento poblacional generará un mayor porcentaje de personas que necesiten CP.<sup>49</sup>

Estudio transversal sobre 224 trabajadores de atención primaria (medicina/enfermería). Las dificultades percibidas se evalúan mediante la Escala de Dificultades en Cuidados Paliativos (PCDS), una escala validada que aborda 5 aspectos: comunicación en el equipo, comunicación con el paciente y la familia, apoyo del equipo de cuidados paliativos, alivio de los síntomas y coordinación con la comunidad.<sup>54</sup>

La dificultad percibida fue moderada, Específicamente, la comunicación con el equipo, el alivio de los síntomas y la coordinación entre niveles asistenciales reportaron mayor dificultad percibida; Tener más de 40 años, la titulación de enfermera, experiencia laboral < 15 años y mala percepción en el abordaje y los conocimientos de los cuidados paliativos se asociaron con una mayor dificultad percibida. El 79% de los participantes manifestaron necesidad de formación en cuidados paliativos.<sup>54</sup>

## **CAPITULO III.**

### **Diseño metodológico**

#### **3.1- Tipo y diseño general del estudio.**

Estudio descriptivo, de corte transversal, con enfoque cuantitativo. Es descriptivo porque se describió el perfil epidemiológico, las necesidades de la paciente para el manejo de su enfermedad desde las dimensiones: física, familiar y psicológica-espiritual y el rol del médico de familia en el mejoramiento del estado funcional de la paciente. Es de corte Transversal por que realizó la investigación en un periodo determinado, y con enfoque cuantitativo porque se analizan los datos por medio de variables.

### 3.2- Lugar y periodo de la investigación.

Se realizó en el Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez en San Salvador, durante el periodo abril - agosto 2025.

### 3.3- Definiciones operacionales (operacionalización).

#### 3.3.1- Definiciones operacionales (Operacionalización de variables).

Tabla 7.

#### Características epidemiológicas de las pacientes del programa de cuidados paliativos del Hospital Nacional de la Mujer.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
el perfil epidemiológico	Conjunto de datos que permite análisis de situación de salud de la población u objeto de estudio para el análisis, planificación, proyección y toma de decisiones, tales como los datos de identificación y de diagnóstico de las pacientes	Epidemiológico	Sexo:	Femenino
			Edad	a) 18-29 b) 30-39 c) 40-49 d) 50-59 e) .>60
			Residencia	a) 1.Urbana b) 2. Rural
			Ocupación	a) Estudiante b) Empleado c) empleo informal d) Desempleado e) jubilado/pensionado
			Estado civil	a) Soltera b) Casada c) Divorciada d) Viuda
			Educación básica, media, superior:	a) Sin escolaridad b) Básica

				c) Secundaria d) Bachillerato e) Superior
			<b>Diagnóstico de ingreso</b>	a) Patología oncológica b) Enfermedad cardíaca c) Enfermedad pulmonar d) Enfermedad hepática e) Neurológica/demencia f) Renal
			<b>Multimorbilidades</b>	a) No b) 1 c) 2 d) 3 e) Más de 4
			<b>Estadía hospitalaria</b>	a) 1 mes b) 3 meses c) 6 meses d) Mayor a 6 meses

**Tabla N° 8 Necesidades de la paciente para el manejo de su enfermedad desde las dimensiones: física, familiar y psicológica-espiritual**

.

.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<b>Necesidades de las pacientes</b>	Las necesidades de las pacientes que son aspectos de la vida de una persona que influyen en su bienestar y calidad de vida	<b>Física</b>	Energía. Disnea Dolor. Insomnio ansiedad Nausea. Efectos secundarios. Bienestar familiar. Tiempo encamado	Nada Poco Bastante mucho
		<b>Familiar</b>	Amistades cercanas Apoyo emocional/económico/físico familiar Comunicación familiar. Cercanía del cuidador principal: edad, profesión.	Nada Poco Bastante mucho
			Cohesión	Desligada separada Unida Enredada
		Flexibilidad	Caótica Flexible Estructurada Rígida	
<b>Psicológico-espiritual</b>	Terapia por arte, diario. Atención basada en dignidad Meditación. Reconciliación con familia/amigos. Acción de gracias.	Nada Poco Bastante mucho		

**Tabla N 9. Rol de médico en el mejoramiento del estado funcional de la paciente.**

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALAS
<p><b>Rol de médico de familia en el mejoramiento del estado funcional de la paciente.</b></p>	<p>Atención de problemas de pacientes, llámense o no enfermedades, además de asumir decisiones basadas en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación temprana de paciente paliativo.</li> <li>• Preinscripción oportuna y Control de síntomas.</li> <li>• Evaluación regular.</li> <li>• Comunicación con el paciente y su familia para toma de decisiones terapéuticas.</li> <li>• resolución de pendientes psicosociales</li> <li>• discusión de plan de atención</li> <li>• coordinación multidisciplinaria</li> </ul>	<p>Nada Poco Bastante mucho</p>

## 3.4

### **Universo de estudio, tamaño de muestra**

#### **Universo**

Conformado por 30 pacientes ingresadas en el servicio de oncología y consulta externa que reciben cuidados paliativos en el Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez

#### **Muestra**

Igual que universo.

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores de 18 años que están en el área de cuidados paliativos en el Hospital de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez desde hace 1 año.
- Expedientes de pacientes que tengan una historia clínica completa.
- Expedientes con hoja de diagnósticos completos.
- Paciente que exprese colaborar con la investigación.
- Ingresada en la unidad de cuidados paliativos hospitalario
- Paciente acepta participar y firma consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión**

- Paciente menor de edad
- Paciente fallecida o referida a otro centro hospitalario durante la investigación
- No colaboradora
- En ventilación mecánica.
- Expedientes con hoja de diagnósticos incompletos.
- Paciente que, habiendo firmado consentimiento informado, decide retirarse del estudio.

### **3.5- Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos.**

#### **3.5.1. Etapa 1: Solicitud de autorización al director del Hospital Nacional de la Mujer. Dra. María Isabel Rodríguez**

Se entregó una carta a la dirección del hospital con la finalidad de exponer el proyecto de investigación y los objetivos, con el propósito de la viabilidad técnica de la investigación, y se entregó una copia de CV del investigador y copia de protocolo de investigación; una vez se revisó por el

comité técnico del programa maestrías, se procedió a evaluación por el comité de investigación y posteriormente aprobado por el comité de ética del hospital.

### **3.5.2. Plan de recolección de datos**

La recolección de los datos se hizo con un cuestionario y revisión de los expedientes de las pacientes ingresadas y pacientes citadas en la consulta externa se tomaron a las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron firmar el consentimiento informado para participar en la investigación.

### **3.5.3. Técnica de recolección de datos**

Se utilizó la Técnica de Fichaje para la identificación de las características epidemiológicas, las dimensiones físicas, psicológica-espiritual y el rol del médico de familia. de las pacientes y una entrevista a las pacientes identificadas que cumplieron los criterios de inclusión, para explicar a las pacientes por medio un consentimiento informado el objetivo de la investigación, y la confidencialidad de los datos, y posteriormente el investigador hizo las preguntas del instrumento.

### **3.6. Plan de análisis de los resultados.**

Se tabuló la información, cálculos de frecuencias, porcentajes y gráficos de los resultados por medio del programa Excel, Google, el análisis de los resultados lo realizó por la investigadora.

### **3.7. Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables.**

Las frecuencias y porcentajes fueron calculadas para las variables categóricas.

### **3.8. Programas para utilizar para análisis de datos.**

Programa Excel, Google le proporcionaron los recursos para el análisis de los datos

### **3.9. Consideraciones éticas en las investigaciones con sujetos humanos.**

En la presente investigación se tomaron en cuenta las consideraciones éticas para investigaciones en humanos de la Asociación Médica Mundial contenida en la declaración de Helsinki (mundial 2019):

**Beneficencia:** Considerando el deber ético de beneficencia con el que se busca contribuir al bien para los pacientes y el personal de salud, de esta manera planear estrategias sanitarias y acciones de

prevención y rehabilitación en el alivio físico y necesidades psicológicas-espirituales; que promuevan el bienestar emocional del paciente y su familia, por medio de la intervención de equipo multidisciplinario.

**Justicia:** se refiere a la distribución equitativa de los recursos de atención, el trato justo y el respeto por todos los involucrados en el proceso de cuidado, tanto el paciente como los miembros de la familia. Este principio es esencial para garantizar que todos los aspectos del cuidado se gestionen de manera ética, sin discriminación, y con la consideración de las necesidades de todos los afectados por la situación. La justicia exige que todos los pacientes, independientemente de su situación económica, social o cultural, tengan acceso a la atención paliativa de calidad. En un enfoque familiar, esto significa que no solo se debe cuidar al paciente, sino también a su familia, proporcionándole recursos adecuados como apoyo emocional, psicológico y, si es necesario, ayuda financiera o legal.

**Confidencialidad:** Se aseguró el resguardo de los datos que estuvo a cargo únicamente por la investigadora y se garantizó el anonimato de los pacientes asignándoles un código de confidencialidad. Para garantizar dicho principio bioético, se elaboró una carta de compromiso dirigida a la Dirección de Hospital en la cual se compromete a que los expedientes clínicos no saldrían del área de cuidados paliativos, ni se les podrá sacar fotocopias, escanear o la toma de fotografías.

Para ello, se solicitó el consentimiento informado de las pacientes entrevistadas, se le dió lectura al objetivo de la investigación y se les explicó que pueden retirarse en el momento que lo consideren.

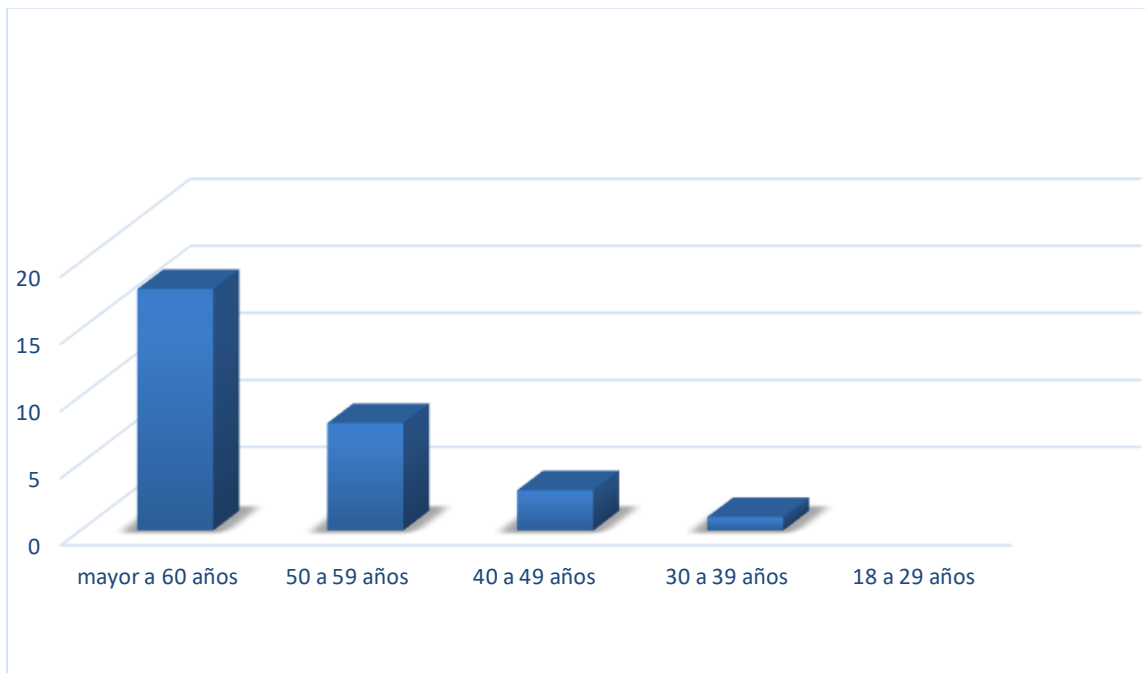
Ver anexo 2: consentimiento informado

## CAPITULO IV.

### Resultados

Características epidemiológicas de las pacientes del programa de cuidados paliativos del hospital nacional de la mujer.

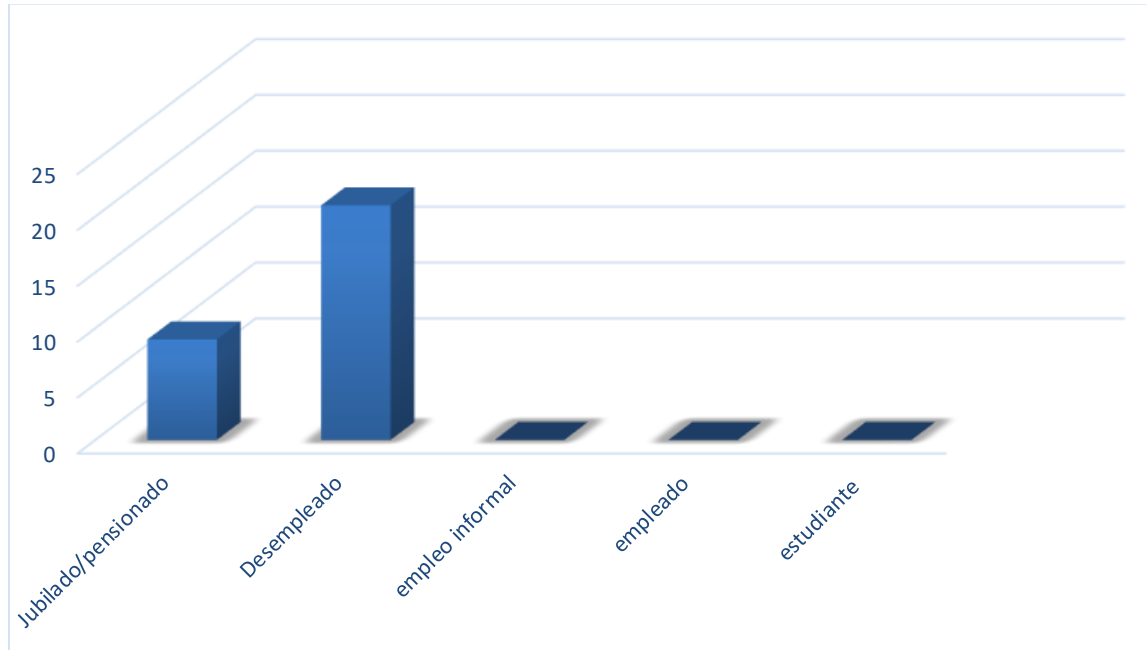
#### 2. Gráfico N.1: Edad de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV.

En el gráfico N.1 se puede observar que la mayoría de pacientes del programa de cuidados paliativos son mayores de 60 años, con un 60%, ( n = 18) en segundo lugar 50 a 59 año con un 26.6% ( n =8), tercer lugar 40 a 49 años con un 10% ( n =3) , y por último 30 a 39 años. 3.33% ( n =1) No hay datos de pacientes con patología paliativa entre 18 a 29 años.

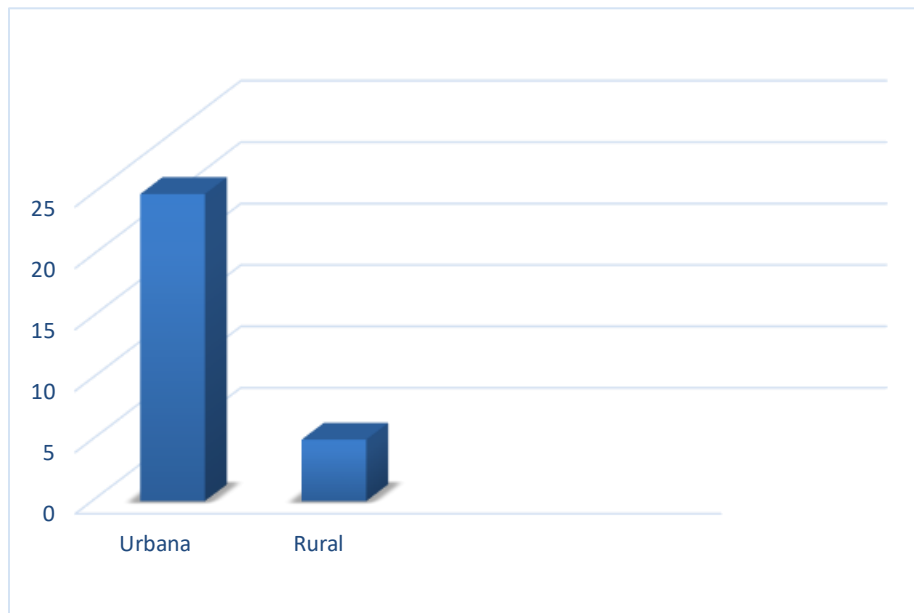
**Gráfico N.2: Ocupación de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV.

En el gráfico N. 2. La mayoría de pacientes del estudio son desempleadas 70% y un 30% jubiladas ninguna de las pacientes del estudio fueron estudiantes ni tenían empleos formales durante el estudio.

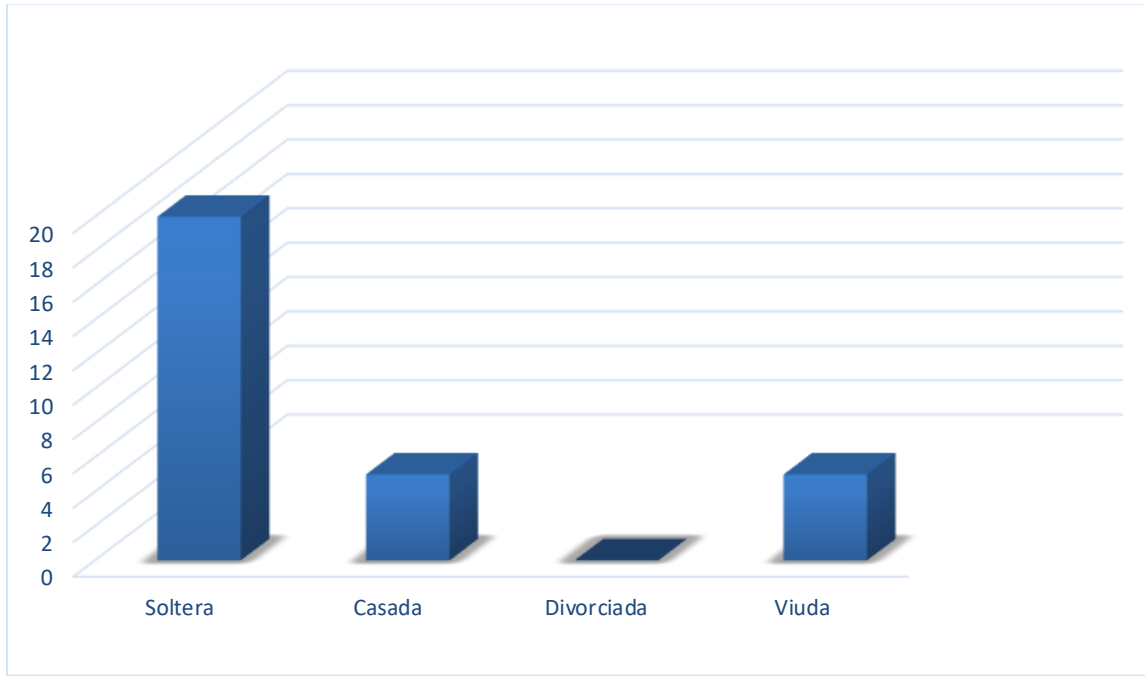
**Gráfico N. N.3: Residencia de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV.

La mayoría de pacientes del estudio provienen del área urbana de El Salvador con un 83.3% y el 16.6% pertenecen al área rural.

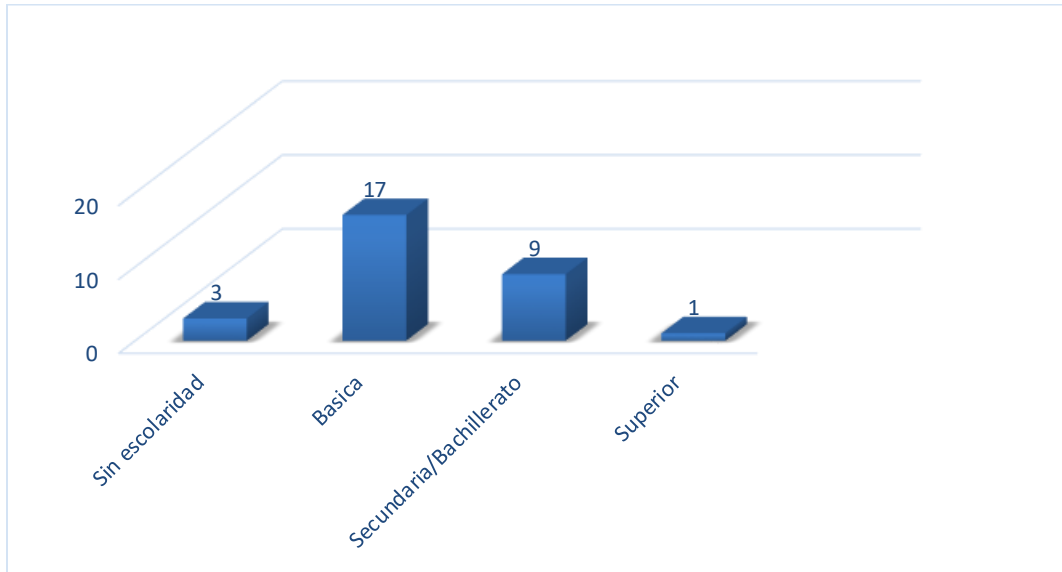
**Gráfico N.4. Estado civil de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV.

Con respecto al estado civil de las pacientes 20 se encuentran solteras, representando el 66.6% y 5 pacientes se encuentran casadas y 5 viudas con un 16.6% cada una. No se registró ninguna paciente divorciada durante el estudio.

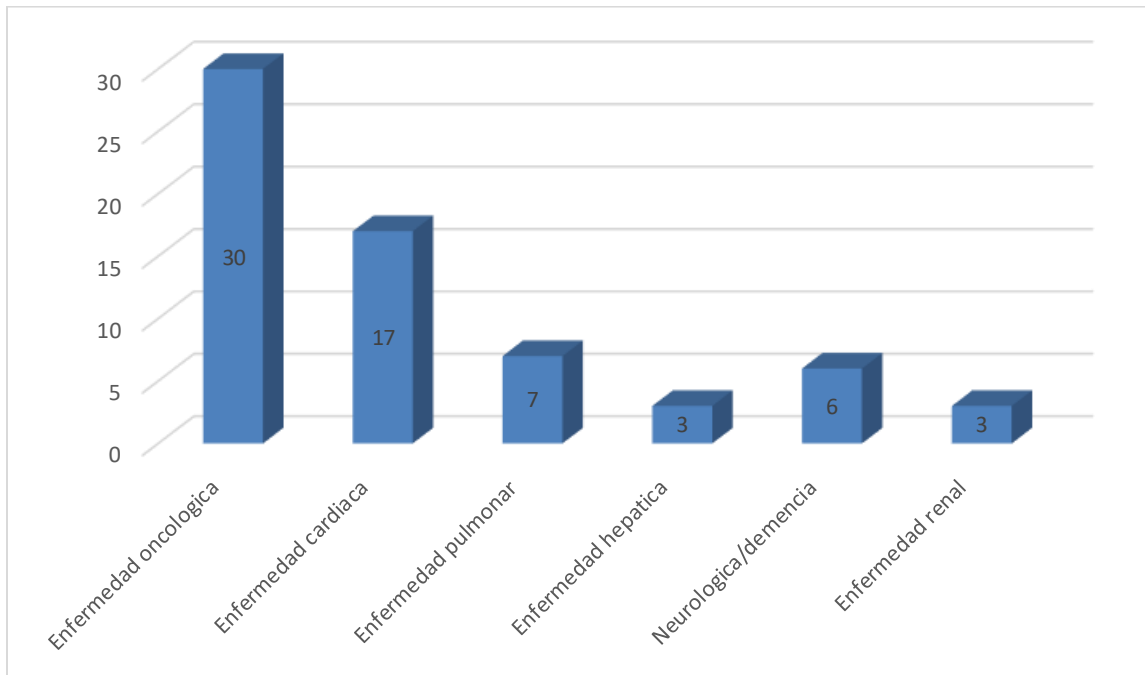
**Gráfico N.5: Nivel educativo de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025**



**Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV.**

En el gráfico anterior, se observa que de 17 pacientes del estudio representado con un 56.6% tienen como grado máximo aprobado Educación básica, seguido de 30% con una frecuencia de 9 que alcanzaron secundaria/bachillerato; hubo 3 pacientes sin escolaridad, representando el 10% y solamente una paciente con educación superior siendo 3.3%.

**Grafico N. 6. Multimorbilidades de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**

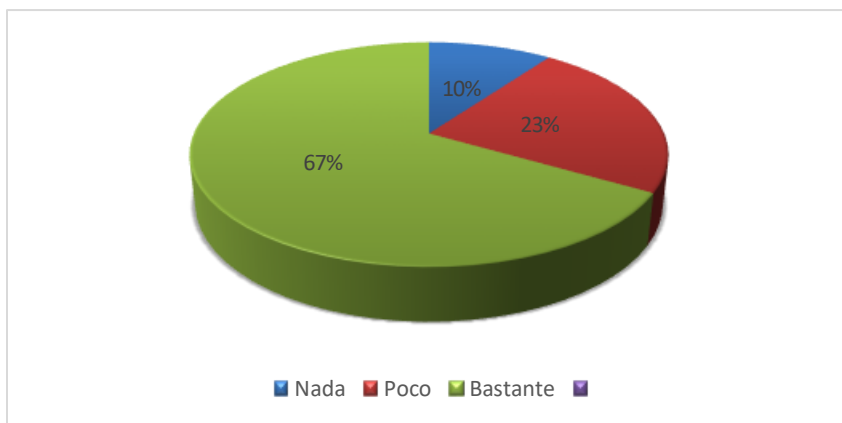


Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

Del grafico N.6 se puede apreciar que el 100% (n=30) de las pacientes de cuidados paliativos tuvieron patología oncológica, seguido de 56.6% patología cardiaca (n=17), un 23.3% con enfermedad pulmonar (n=7), enfermedad hepática representado por 10% (n=3); enfermedad neurológica con un 20% (n=6) y enfermedad renal por un 10% (n=3)

**Necesidades de la paciente para el manejo de su enfermedad desde las dimensiones: física, familiar y psicológica-espiritual.**

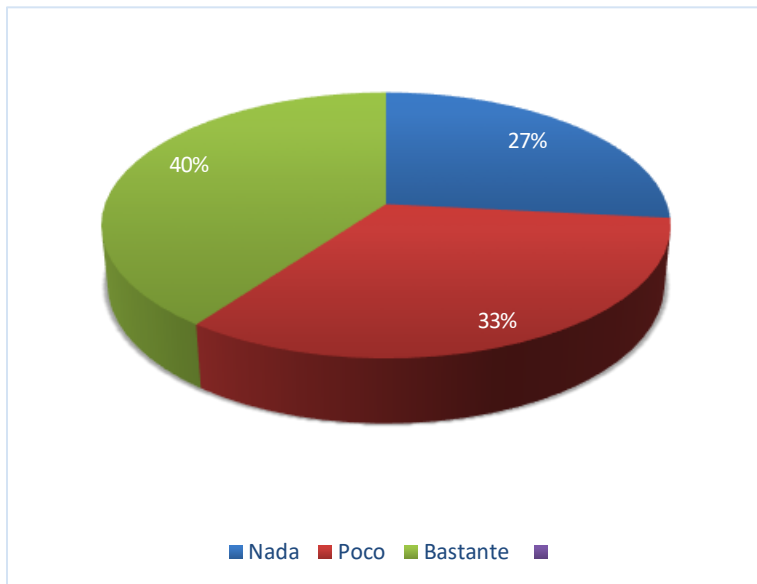
**Gráfico N.7. Falta de energía de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que los últimos 7 días el 67% de las pacientes presentaron bastante falta de energía (n=20), el 23% poca falta de energía (n=7) y solamente el 10% no presentó falta de energía.

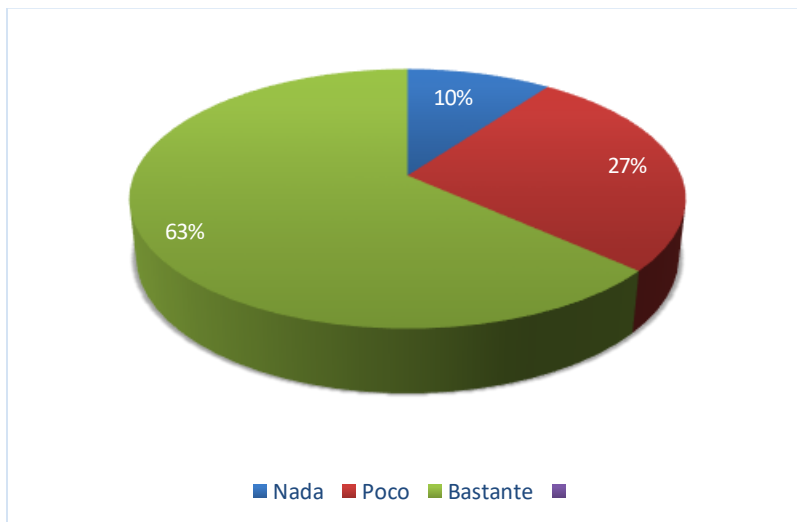
**Grafico N. 8. Disnea de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que el 40% de las pacientes presentaron en los últimos 7 días bastante disnea (n=12); el 33% presentaron poca disnea (n=10) y el 27% (n=8) no presentó disnea en los últimos 7 días

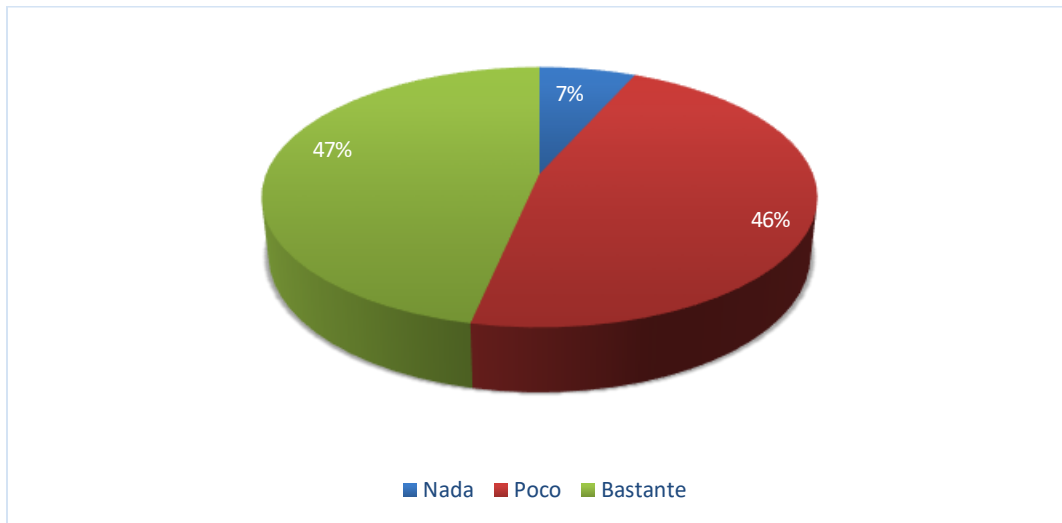
**Gráfico N.9. Dolor de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico N.10 se puede observar que el 63% de las pacientes presentaron en los últimos 7 días bastante dolor ( n=19); el 27% presentaron poco dolor (n=8) y el 10% (n=3) nada de dolor.

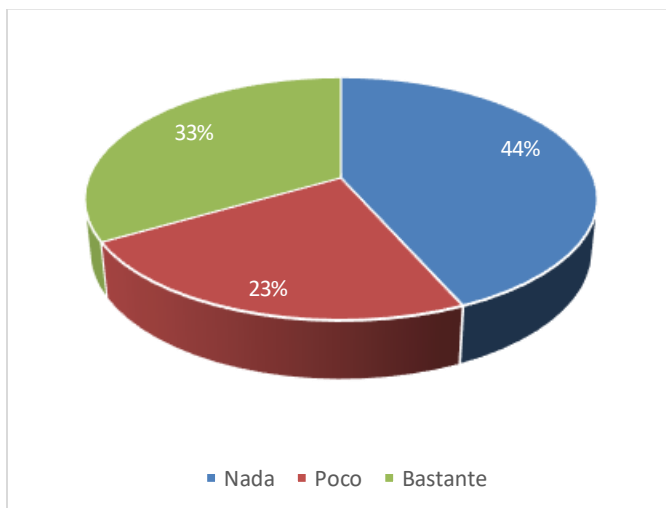
**Grafico N. 10. Insomnio de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que el 47% de las pacientes presentaron en los últimos 7 días bastante insomnio (n=14); el 46% presentaron poco insomnio (n=14) y el 7% (n=2) nada de insomnio.

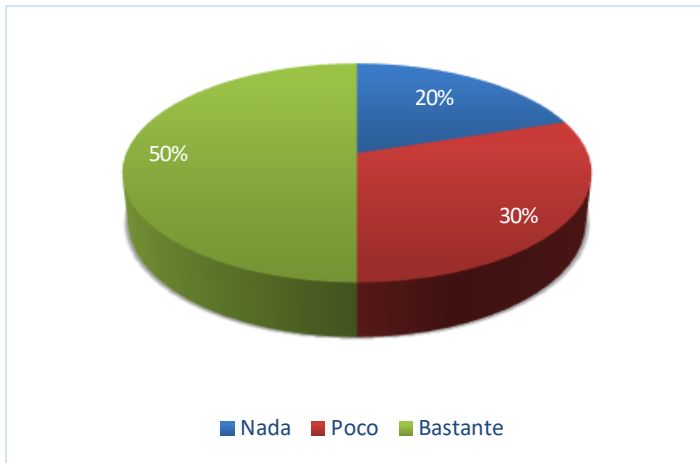
**Gráfico N. 11. Ansiedad de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico anterior se puede observar que el 33% de las pacientes presentaron en los últimos 7 días bastante ansiedad (n=10); el 44% presentaron poca ansiedad (n=13) y el 23% (n=7) nada de ansiedad

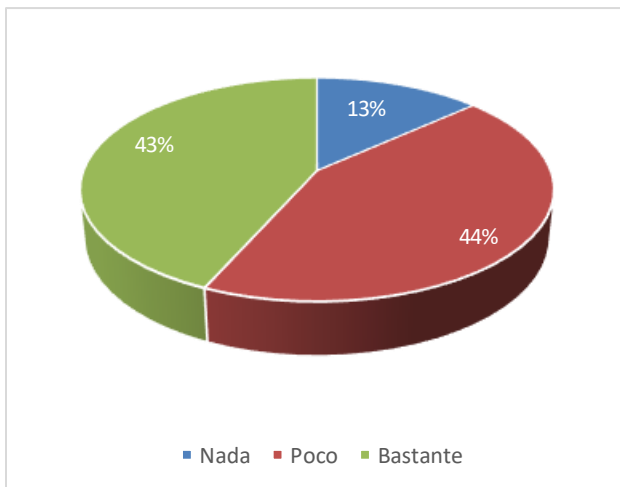
**Grafico N.12. Nauseas de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que el 50% de las pacientes presentaron en los últimos 7 días bastante nauseas ( n=15); el 30% presentaron poca nauseas ( n=9) y el 20% ( n=6) nada de nauseas.

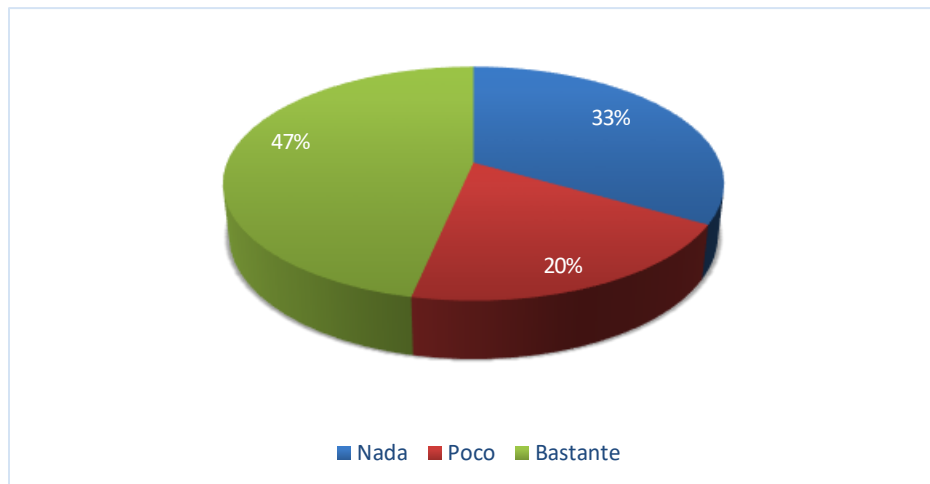
**Gráfico N. 13. Efectos secundarios de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que el 43% de las pacientes presentaron en los últimos 7 días bastante efectos secundarios ( n=13); el 30% presentaron pocos efectos secundarios ( n=13) y el 13% ( n=4) nada de efectos secundarios

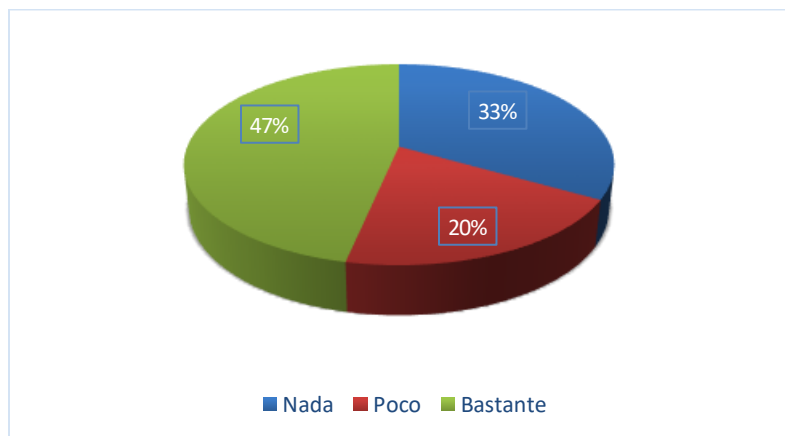
**Gráfico N.14. Bienestar familiar de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que el 47% de las pacientes presentaron en los últimos 7 días bastante bienestar familiar (n=14); el 20% presentaron poco bienestar familiar (n=6) y el 33% (n=10) nada de bienestar familiar.

**Gráfico N.15. Apoyo o acompañamiento por amistades o familia de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**

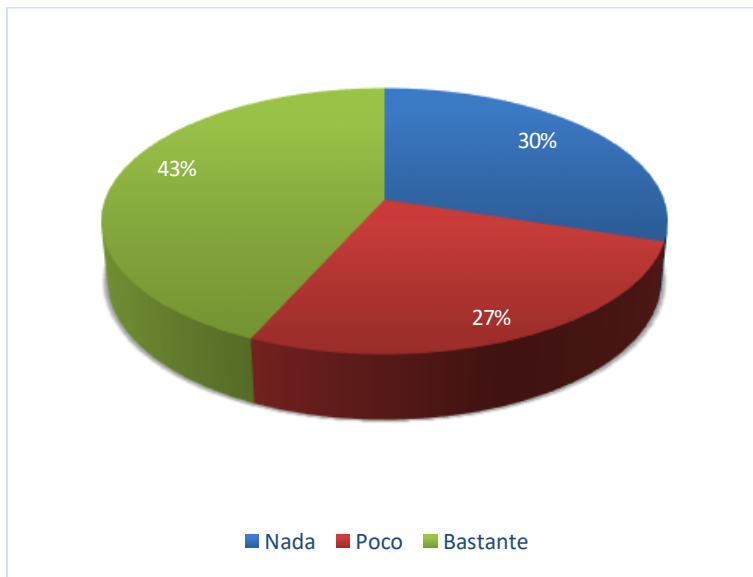


Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que el 47% de las pacientes presentaron en los últimos 7 días bastante apoyo o acompañamiento familiar (n=14); el 20% presentaron poco apoyo familiar (n=6) y el 33%

(n=10) nada de apoyo familiar.

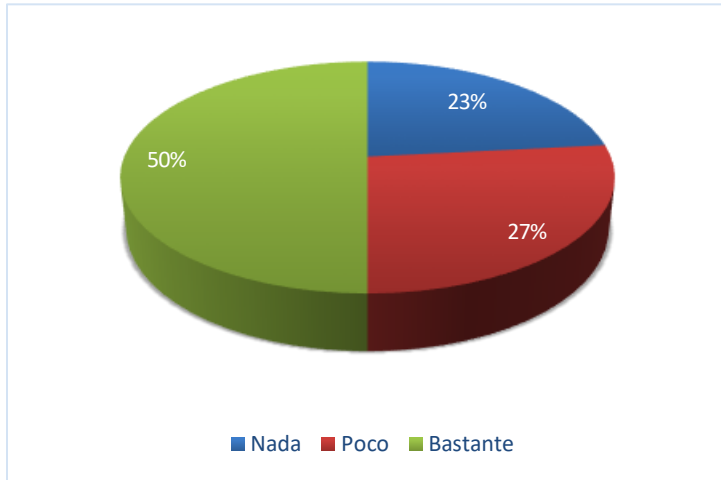
**Gráfico N.16. Apoyo emocional físico y económico de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que el 43% de las pacientes presentaron en los últimos 7 días bastante apoyo emocional, físico y económico (n=13); el 27% presentaron poco apoyo emocional, físico y económico (n=8) y el 30% (n=9) nada de apoyo emocional físico y económico.

**Gráfico N.17. Tiempo encamado de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**

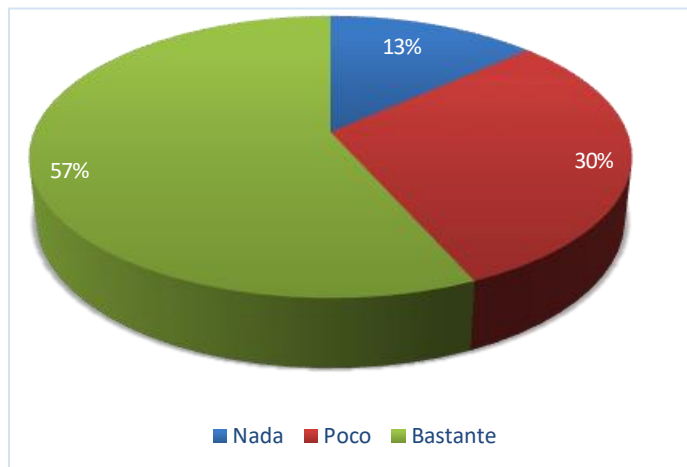


Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que el 50% de las pacientes presentaron en los últimos 7 días bastante tiempo encamado (n=15); el 27% presentaron poco tiempo encamado (n=8) y el 23% (n=7) nada de tiempo encamado.

### Dimensión familiar

**Gráfico N.18. Comunicación familiar afectada de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**

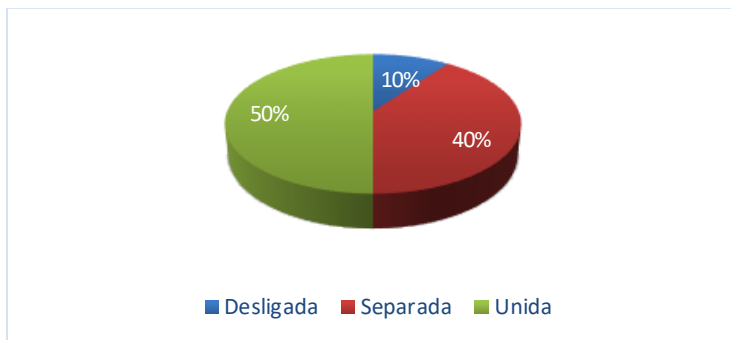


Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que el 57% de las pacientes presentaron en los últimos 7 días bastante comunicación familiar afectada (n=17); el 27% presentaron poca comunicación familiar afectada (n=9) y el

23% (n=4) nada de comunicación familiar afectada.

**Grafico N.19. Modelo circunflejo del funcionamiento familiar- cohesión. Oslon de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que el 43% de las pacientes en los últimos 7 días describieron un entorno familiar unido (n=15); el 40% describió un entorno familiar separado (n=12) y el 10% (n=3) describieron un entorno familiar desligado.

**Grafico N.20. Modelo circunflejo de funcionamiento familiar – Flexibilidad de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**

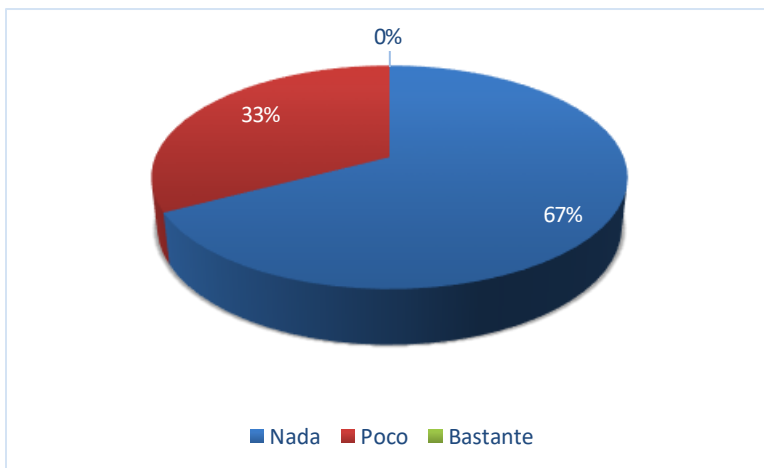


Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que el 50% de las pacientes en los últimos 7 días describieron un entorno familiar unido (n=15); el 40% describió un entorno familiar separado (n=12) y el 10% (n=3) describieron un entorno familiar desligado.

### Dimensión espiritual

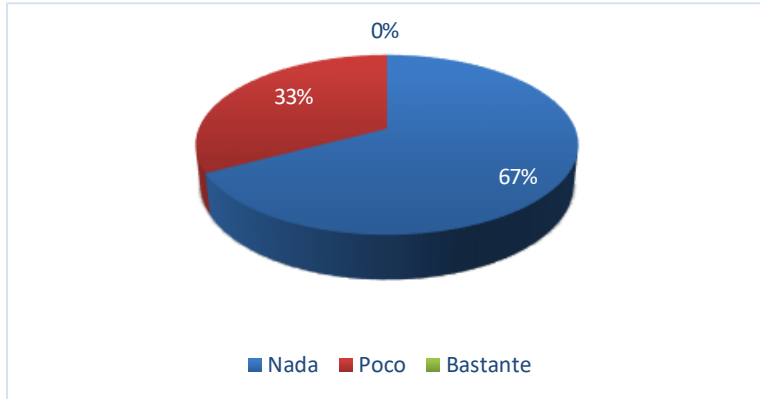
**Gráfico N.21. Ha tomado terapia psicológica de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV  
Análisis

En el gráfico N.22 se puede observar que el 67% de las pacientes no tuvieron atención psicológica (n=26); el 33% tuvo poca atención psicológica (n=4) y ninguna paciente tomó bastante terapia psicológica.

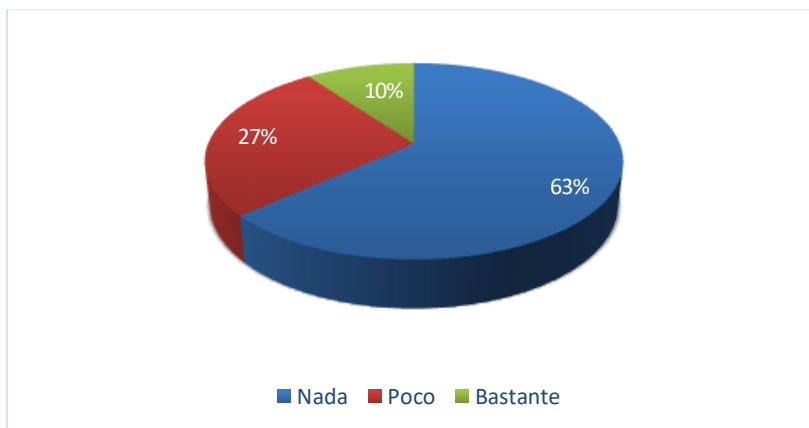
**Gráfico N. 22. Ha tomado terapia basada en dignidad/meditación de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que el 67% de las pacientes no tuvieron terapia basada en dignidad/meditación (n=26); el 33% tuvo poca atención basada en dignidad/meditación (n=4) y ninguna paciente tuvo bastante terapia basada en dignidad/meditación.

**Gráfico N.23. Se ha reconciliado con familiares/amigos de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**

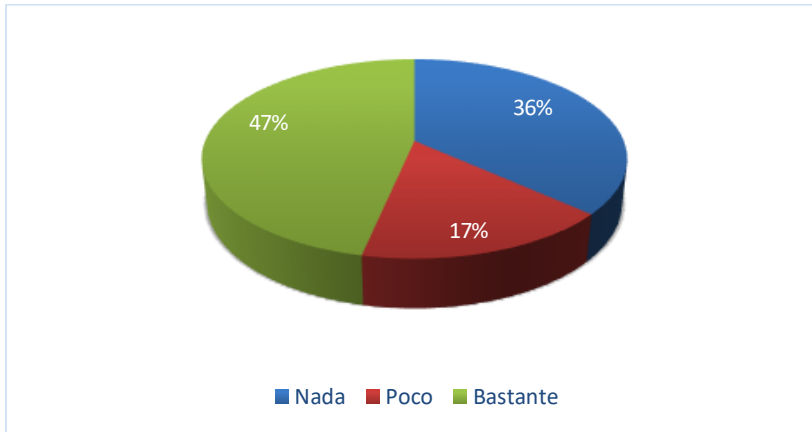


Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que el 63% de las pacientes no tuvieron reconciliación con familiares/amigos (n=19); el 27% tuvo poca reconciliación con familiares/amigos (n=8) y el 10% de

las pacientes tuvo bastante reconciliación con familiares/amigos (n=3)

**Gráfico N.24. Celebra con su familia el día de acción de gracias de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



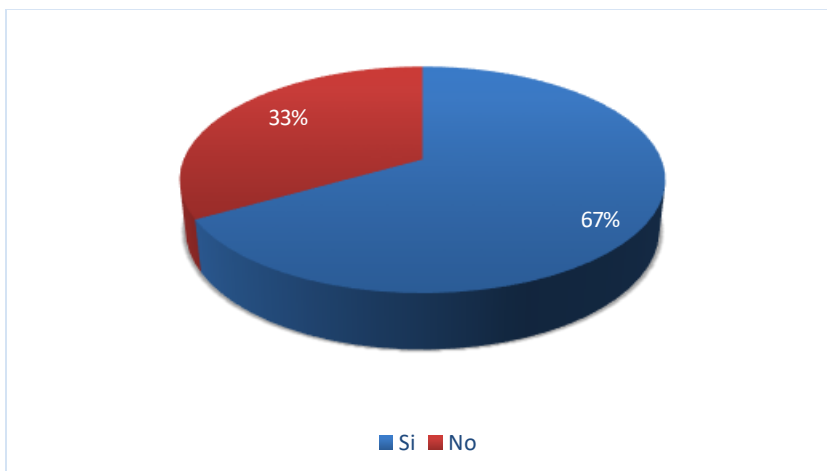
Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que el 47% de las pacientes tuvieron bastante celebración de día de acción de gracias (n=14); el 36% no tuvo celebración del día de acción de gracias (n=11) y el 17% de las pacientes tuvo poca celebración del día de acción de gracias. (n=5)

### Atención medica

#### Rol del médico y su relación médico-paciente-familia para beneficio del estado funcional del paciente.

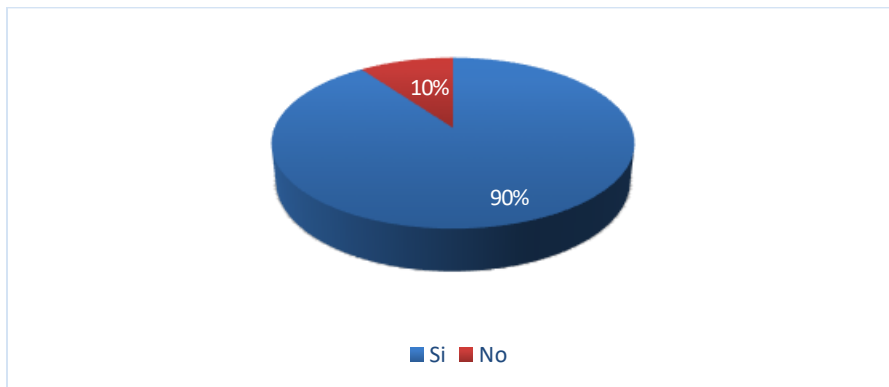
**Gráfico N.25. Padecimiento identificado tempranamente de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el grafico N.26. Se puede observar que el 67% de las pacientes tuvieron un diagnóstico temprano (n=20); el 33% de las pacientes tuvieron un diagnóstico tardío. (n=10)

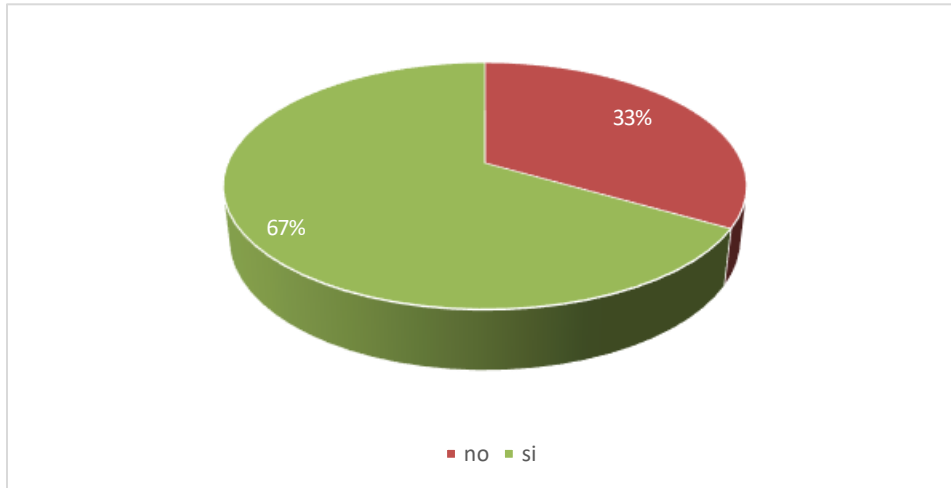
**Gráfico 26. Prescripción oportuna de medicamentos que alivien síntomas de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que el 90% de las pacientes tuvieron prescripción oportuna de medicamentos (n=27); el 10% de las pacientes no tuvieron prescripción oportuna de medicamentos (n=3)

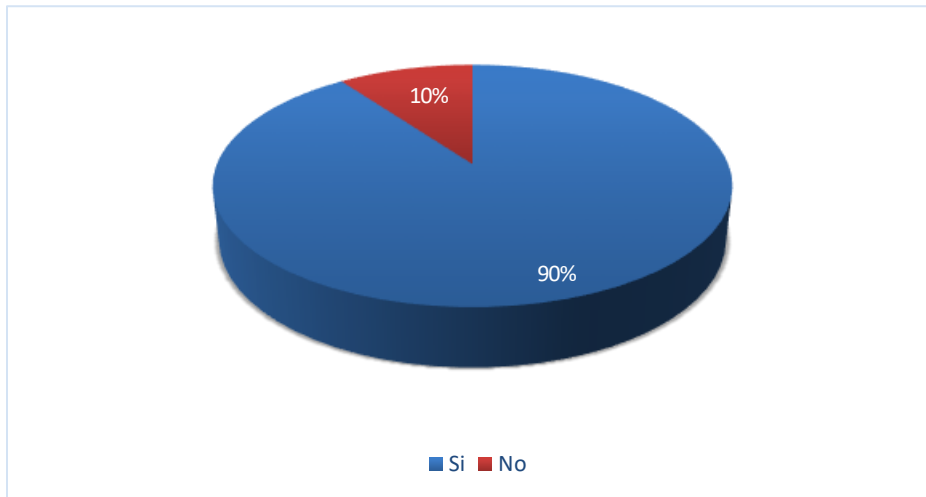
**Gráfico N. 27. Comunicación del médico con paciente/familia para la toma de decisiones de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que el 67% de las pacientes tuvieron bastante comunicación de parte del médico para la toma de decisiones (n=20); el 33% de las pacientes no tuvieron buena comunicación con el médico para la toma de decisiones (n=10)

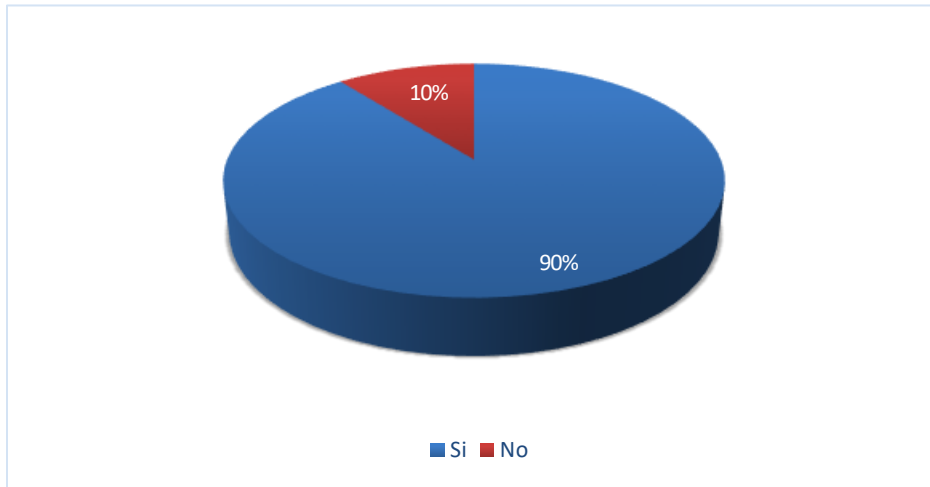
**Grafico N. 28. Evaluación/ seguimiento regular durante su estadía hospitalaria de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que el 90% de las pacientes tuvieron evaluación/seguimiento regular durante su estadía hospitalaria (n=27); el 10% de las pacientes no tuvieron evaluación/seguimiento regular durante su estadía hospitalaria (n=3)

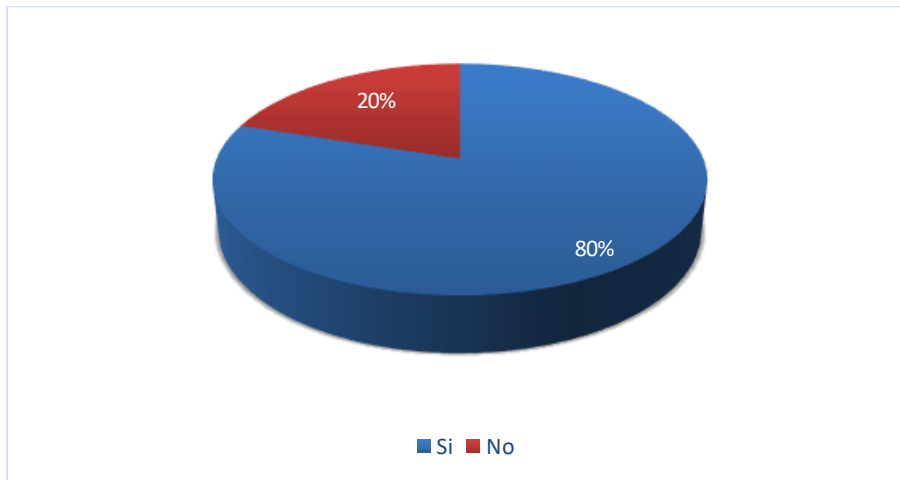
**Gráfico N. 29. Inclusión de la opinión del paciente en el plan de atención de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que el 90% de las pacientes fue tomada su opinión para ejecutar su plan de atención (n=27); el 10% de las pacientes no fue tomada su opinión para ejecutar su plan de atención (n=3)

**Gráfico N. 30. Atención por equipo multidisciplinario (enfermería, psicología, oncología, médico paliativista, trabajo social)**



Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

En el gráfico se puede observar que el 80% de las pacientes recibió buena atención por el equipo multidisciplinario (n=20); el 20% de las pacientes no recibió buena atención por el equipo multidisciplinario (n=5)

## **CAPITULO V.**

### **Discusión de resultados**

El estudio evidencia que el 100% de las pacientes del programa de cuidados paliativos son mujeres, en su mayoría adultas mayores (60%, mayores a 60 años). Este hallazgo refleja como las enfermedades crónicas y oncológicas afectan a las mujeres de forma significativa en una edad muy avanzada, lo que coincide con la transición demográfica y epidemiológica en El Salvador; que está aumentando la prevalencia de enfermedades no transmisibles.

No obstante, en la investigación hubo casos de pacientes con patología paliativa entre las edades de 30 a 49 años, en estos casos la patología paliativa no se limita solamente a la vejez, sino que también puede afectar en etapa productiva y reproductiva; (en estos casos hay que considerar los estilos de vidas y la genética, tabaquismo, alimentación, exposición ocupacional). Siendo esto un desafío para el sistema de salud ya que son mujeres que podrían ser el sostén principal de un hogar, generando un impacto social y económico significativo para la familia. Siendo necesario brindar apoyo psicosocial y económico tanto a las pacientes como a sus familiares, debido a la pérdida de productividad ya que la necesidad de cuidados genera vulnerabilidad económica y familiar.

Asimismo, la alta proporción de pacientes en situación de desempleo (70%) y con bajo nivel educativo 56.6% como último grado académico educación básica y un 10% sin escolaridad. Pone en evidencia determinantes sociales de la salud que inciden en el acceso a servicios, adherencia a tratamiento, desconocimiento de signos y síntomas, barreras comprensión, calidad de vida; es muy importante ya que estas condiciones limitan la capacidad de búsqueda de servicios de salud, al tener escolaridad baja pueden desconocer sus derechos o los recursos del sistema sanitario. Por otro lado, solo 1 paciente alcanzó estudios superiores, esto refleja la desigual distribución educativa. la educación superior está asociada con mayor conocimiento en salud, mejor capacidad para comprender diagnósticos y tratamientos, así como una mejor disposición para la toma de decisiones, mejor red de apoyo social y laboral.

La paciente con grado académico superior accedió tempranamente al programa de atención del

hospital, por lo que su padecimiento fue identificado en un estadio menor; sin embargo, el hecho de que esta paciente esté en cuidados paliativos no refleja que la educación protege completamente contra la aparición de enfermedades crónicas u oncológicas avanzadas, aunque si puede reducir la vulnerabilidad frente al sistema de salud.

La totalidad de las pacientes presentó un diagnóstico oncológico, además de patología cardiovascular, pulmonar, neurológica o renal; esto es importante ya que incrementa el número de ingresos hospitalarios. en el estudio se encontró que el 20% de las pacientes (n=6) no fue requerido el ingreso hospitalario por su padecimiento, debido a su detección temprana y seguimiento regular; sin embargo el 80% de las pacientes si fue necesario la hospitalización; esto significa que 4 de cada 10 requirieron hospitalización recurrente.; siendo este un indicador de gravedad de la enfermedad y de multimorbilidad pero también por la falta de control adecuado de síntomas en el hogar o primer nivel de atención. Desde el punto de vista de salud pública los ingresos hospitalarios generan mayor saturación de hospitales, aumento de costos, camas hospitalarias y personal. Además, un 30% de las pacientes del estudio presentaron más de 4 ingresos hospitalarios en el último año, muestra la necesidad de fortalecer, implementar el modelo de atención domiciliaria y comunitaria en cuidados paliativos, que podría reducir considerablemente el número de hospitalizaciones innecesarias.

En el estudio se observó que 100% de las pacientes estuvo ingresada un tiempo menor a 1 mes, no se reportaron estancias prolongadas mayores a ese periodo. Una estadía corta puede estar relacionada con un estado avanzado de la enfermedad, donde las intervenciones hospitalarias carecen de efectividad o son muy limitadas, la rotación de camas por la demanda hospitalaria obliga al alta temprana, o en el mejor de los casos existe mejor control de síntomas con manejo domiciliar. Mantener estadías menores a un mes reduce costos, pero puede reflejar limitaciones del sistema para brindar acompañamiento integral durante más tiempo.

El impacto en la calidad de vida desde la salud pública con respecto a la dimensión física; síntomas como dolor (63%) fatiga (67%), insomnio (47%) disnea (40%) y nauseas (50%) limitaron la autonomía y la capacidad funcional de las pacientes. Estos síntomas limitan la capacidad de las pacientes para alimentarse, movilizarse, descansar y participar en su vida social y familiar. la persistencia de síntomas refleja brechas en el acceso a medicamentos esenciales (opioides) y la capacitación del personal para el manejo integral, protocolo de atención comunitaria que garanticen el derecho a una vida digna en

la etapa final.

En cuanto a los efectos secundarios de los medicamentos el 87% de las pacientes presentó efectos secundarios y un 13% no presentó ninguno; estos efectos están relacionados con los tratamientos oncológicos, analgésicos potentes y medicamentos adyuvantes. Los efectos secundarios afectan directamente la adherencia al tratamiento; cuando no se controlan adecuadamente pueden disminuir la eficacia de las terapias, disminuye la calidad de vida y aumenta la necesidad de hospitalizaciones. es fundamental que en la unidad de cuidados paliativos del hospital Nacional de la Mujer implementar una política integral de cuidados paliativos debe incluir: farmacovigilancia, protocolos de manejo de efectos adversos y acceso equitativos a medicamentos complementarios para minimizar su impacto. (Protocolos claros para balancear eficacia terapéutica y tolerancia) en el estudio el 43% de las pacientes presentó bastantes efectos secundarios, y un 44% pocos efectos secundarios; lo que refleja la importancia de contar con sistema de farmacovigilancia efectivos para identificar, registrar y manejar estas reacciones; sin un sistema de vigilancia adecuada, los efectos secundarios podrían confundirse con síntomas propios de la enfermedad, retrasando intervenciones oportunas. En el contexto de cuidados paliativos, la farmacovigilancia no solamente protege contra efectos adversos, sino que asegura el derecho a una atención digna, segura y libre de sufrimiento evitable.

En salud pública, garantizar acceso a medicamentos seguros y monitoreados es una medida de equidad, especialmente para poblaciones vulnerables con bajo nivel educativo o limitado acceso de información.

Con respecto al bienestar familiar el 47% de las pacientes reportó bastante bienestar familiar, un 20% poco bienestar un 33% no contó con ese apoyo. Esto refleja que casi la mitad de las pacientes experimentó respaldo familiar, pero hubo un porcentaje significativo que careció de ese recurso. El bienestar familiar favorece la adherencia al tratamiento, participación activa en la toma de decisiones y control de síntomas. En el estudio se evidenció que las pacientes con apoyo familiar percibieron menor dolor, ansiedad y fatiga, esto es porque la familia funciona como una red de contención emocional, o un factor protector; contribuye a una adaptación emocional, disminuye la sensación de soledad y favorece el cierre de ciclos en el proceso de morir.

Otro apartado importante: acompañamiento en el estudio el 47% de las pacientes recibió bastante acompañamiento (llamadas telefónicas, visitas hospitalarias/domiciliarias) el 20% poco y 33%

ninguno. Esto significa que 1 de cada 3 pacientes se encontró sin acompañamiento adecuado, lo que representó una vulnerabilidad importante; ya que el acompañamiento reduce el sentimiento de soledad, y fortalece la adherencia al tratamiento y mejora la aceptación del proceso de la enfermedad, su falta genera ansiedad, aislamiento y pudiera agravar la percepción de síntomas: dolor.

El apoyo emocional, físico y económico el 43% recibió bastante apoyo emocional, físico y económico, el 27% poco y el 30% nada. Es decir, más de la mitad no contó con el soporte integral suficiente en las dimensiones clave del cuidado. En salud pública esto demanda políticas de protección social (subsidios, programas de asistencia económica, fortalecimiento de cuidados domiciliarios)

Con el tiempo de encamado el 50% de las pacientes pasó bastante tiempo encamado el 27% poco y el 23% nada, esto reflejó un nivel elevado de dependencia funcional en la mitad de las pacientes; además la multimorbilidad intensificó la carga sintomática y acelera la pérdida de autonomía. El tiempo encamado incrementó la necesidad de cuidados constantes: alimentación, higiene, movilización y acompañamiento; la falta de acompañamiento que, en el estudio fue de 33%, comunicación familiar afectada 57%, el encamamiento se asoció a mayor aislamiento, sufrimiento y riesgos de complicaciones (úlceras por presión, depresión, abandono) esta relación subraya la importancia de integrar el componente familiar al manejo de síntomas, garantizando apoyo domiciliario y comunitario que reduzca los efectos negativos del encamamiento de la calidad de vida de las pacientes.

En el presente estudio se observó que la mayoría de los cuidadores principales pertenecen en el rango de edades de 31 a 50 años (50%) seguidos de aquellos entre 51 a 70 años (40%) al mismo tiempo el 83.3% se desempeñaron en empleos informales y solo un 6.6% en empleo formal. esta combinación de edad y ocupación tuvo implicaciones directas en la calidad del cuidado y en la carga social de la enfermedad. los cuidadores en edad productiva deben equilibrar sus responsabilidades laborales y familiares con el rol de cuidado, lo que incrementó el riesgo de sobrecarga física y emocional.

Por otro lado, los cuidadores de mayor edad pueden presentar limitaciones de salud propias que dificultan la atención paliativa; estos hallazgos evidencian la necesidad de políticas que conozcan al cuidador como un actor esencial en los programas de cuidados paliativos; se debería idealmente de promover programas de apoyo y capacitación en el manejo de síntomas y estrategias de respiro familiar que reduzcan el impacto negativo de la carga del cuidado sobre su bienestar y el del paciente.

En relación con el funcionamiento familiar, los resultados del estudio evidencian que el 43% de las pacientes percibió un entorno cohesionado y el 50% un entorno flexible, mientras que un porcentaje importante describió dinámicas familiares separadas o desligadas. Estos hallazgos son relevantes, ya que tanto la cohesión como la flexibilidad se constituyen en factores determinantes para la calidad de la atención paliativa. Una familia cohesionada favorece la comunicación, el acompañamiento emocional y la toma de decisiones compartidas, mientras que la flexibilidad permite reorganizar roles y responsabilidades frente a las demandas del cuidado, reduciendo la sobrecarga del cuidador principal. Por el contrario, la falta de cohesión y la rigidez familiar se traducen en aislamiento, conflictos y menor adherencia a los planes de tratamiento, lo que repercute negativamente en la calidad de vida del paciente y aumenta la dependencia de los servicios hospitalarios.

En la dimensión psicológica y espiritual, los resultados del estudio muestran una marcada carencia en la atención integral de las pacientes paliativas. El 67% no recibió apoyo psicológico y un porcentaje similar no tuvo acceso a intervenciones espirituales como terapias basadas en dignidad o meditación, a lo que se suma que el 63% no experimentó procesos de reconciliación con familiares o amigos. Estas limitaciones se reflejan en síntomas frecuentes como ansiedad, insomnio y sentimientos de soledad, los cuales incrementan el sufrimiento global y afectan directamente la calidad de vida. La ausencia de atención psicológica y espiritual no solo repercute en la paciente, sino que también impacta en la familia, al generar mayores tensiones emocionales y dificultar la aceptación de la enfermedad y el proceso de duelo; estas brechas evidencian la necesidad de fortalecer los equipos multidisciplinarios incorporando profesionales de salud mental y consejeros espirituales, de manera que se garantice un abordaje integral que reconozca el componente biopsicosocial y espiritual del cuidado paliativo, contribuyendo así a un modelo de atención más humano, equitativo y digno.

Estos hallazgos evidencian una brecha en los servicios de cuidados paliativos en El Salvador: el enfoque continúa siendo mayormente biomédico, con poca integración de psicólogos, consejeros espirituales o trabajadores sociales en la atención.

Incorporar la atención psicológica y espiritual no solo mejora la calidad de vida, sino que también reduce hospitalizaciones innecesarias y costos asociados al manejo de complicaciones derivadas del sufrimiento emocional no tratado.

Con respecto a la atención médica un buen porcentaje presentó Diagnóstico temprano: 67% de las

pacientes recibieron diagnóstico oportuno, mientras que un 33% fue identificado tardíamente.

Prescripción de medicamentos: el 90% obtuvo prescripción adecuada y oportuna para control de síntomas; Comunicación médico-paciente-familia: el 67% percibió buena comunicación, mientras que un 33% la consideró deficiente.

Seguimiento hospitalario: el 90% recibió evaluación regular durante la estadía hospitalaria.

Opinión del paciente en la atención: en el 90% de los casos se tomó en cuenta la opinión del paciente en el plan terapéutico; Equipo multidisciplinario: el 80% recibió atención integral por médicos paliativistas, oncólogos, psicólogos, enfermería y trabajo social.

El alto porcentaje de prescripción oportuna y seguimiento refleja que existen esfuerzos positivos dentro del hospital para garantizar cuidados paliativos adecuados; Sin embargo, la proporción de diagnósticos tardíos (33%) indica brechas en la detección temprana de cáncer y enfermedades crónicas, lo cual repercute en la oportunidad de acceso a cuidados integrales desde fases iniciales.

La comunicación deficiente en un tercio de los casos sigue siendo un desafío, pues la relación médico-paciente-familia es fundamental para decisiones compartidas y para humanizar la atención.

El hecho de que la mayoría de pacientes se sintiera tomada en cuenta en la planificación del cuidado favoreció la autonomía y dignidad, elementos esenciales en la medicina paliativa.

La atención por equipos multidisciplinarios refuerza el enfoque integral, aunque el 20% que no recibió este abordaje refleja que aún hay pacientes con atención fragmentada.

## **CAPÍTULO VI.**

### **Conclusiones**

La mayoría de las pacientes del programa correspondieron a mujeres con diagnóstico de enfermedades oncológicas principalmente cáncer de mama y cérvix, con presencia de comorbilidades, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer la detección temprana y el manejo integral de estas patologías.

El perfil epidemiológico reflejó una población predominantemente adulta mayor, con bajo nivel educativo y procedente de zonas urbanas, factores que condicionan su acceso a la información, los recursos sanitarios y la continuidad del tratamiento paliativo.

En la dimensión física, los síntomas más frecuentes fueron dolor, fatiga y disnea; el manejo paliativo permitió un control adecuado, aunque se identificó la necesidad de mayor capacitación del personal para el manejo del dolor y la administración oportuna de analgésicos.

En las dimensiones familiar y psicológica-espiritual se constató que el acompañamiento emocional, la comunicación abierta y el soporte espiritual contribuyeron significativamente al bienestar y aceptación del proceso de enfermedad, resaltando la importancia de integrar estos componentes en la atención hospitalaria.

El médico desempeñó un papel esencial en la comunicación efectiva, la toma de decisiones y la coordinación con el equipo multidisciplinario, fortaleciendo la relación terapéutica y mejorando la calidad de vida de las pacientes.

Se evidenció que el acompañamiento continuo del médico permitió disminuir la ansiedad y el sufrimiento tanto en las pacientes como en sus familiares, promoviendo una atención humanizada y centrada en la persona, donde prevalece la empatía y el respeto por la dignidad humana.

## **CAPITULO VIII.**

### **Recomendaciones**

#### **Al Ministerio de Salud**

##### **1. Fortalecer la cobertura de cuidados paliativos**

- Ampliar la red de servicios de cuidados paliativos hacia Hospitales regionales y Unidades de salud comunitarias, garantizando acceso también en áreas rurales; socializar el programa o lineamientos de cuidados paliativos en todos los establecimientos, no es suficiente con que existan si no que deben de conocerse, difundirse y aplicarse en todos los niveles del sistema de salud.
- Esto aumentaría la atención y detección temprana de pacientes que ameriten este tipo de atención y por lo tanto su tratamiento y referencia oportuna; si los lineamientos son socializados a los usuarios y familias podrían entender mejor el proceso de cuidado.

##### **2. Desarrollar políticas de apoyo a cuidadores**

- Crear programas de asistencia, capacitación y apoyo psicosocial dirigidos a cuidadores, que representan la mayoría en el estudio (83%) es decir crear capacitación que incluyan: manejo de síntomas, movilización segura, prevención de úlceras.
- Fortalecer la cohesión y la flexibilidad familiar mediante intervenciones comunitarias y apoyo psicosocial es fundamental para garantizar un cuidado paliativo integral y humanizado

##### **3. Garantizar medicamentos esenciales**

- Asegurar la disponibilidad continua y equitativa de analgésicos, antieméticos y fármacos adyuvantes para el control del dolor y otros síntomas.
- Fortalecer la farmacovigilancia para reducir efectos secundarios y mejorar la adherencia.

##### **4. Integrar la atención psicológica y espiritual**

- Incluir psicólogos, trabajadores sociales y consejeros espirituales en las unidades de cuidados paliativos; Diseñar programas de acompañamiento que aborden la ansiedad, el insomnio y el sufrimiento espiritual detectado en la mayoría de pacientes; desde el primer nivel de atención hasta hospitalización.

##### **5. Promover programas de prevención y detección temprana**

- Fortalecer campañas de tamizaje de cáncer de mama, cervicouterino y otras enfermedades

crónicas, a fin de reducir diagnósticos tardíos (33% en el estudio)

## **Al Hospital Nacional de la mujer Dra. María Isabel Rodríguez**

### 1. Mejorar la comunicación médico-paciente-familia

- Capacitar al personal en habilidades de comunicación empática y toma de decisiones compartidas, considerando que un 33% de pacientes reportó deficiencias en este aspecto.

### 2. Estandarizar la atención multidisciplinaria

- Garantizar que todas las pacientes tengan acceso al equipo completo (oncología, paliativa, psicología, trabajo social, enfermería), mejoraría con un equipo especializado en la atención de cuidados paliativos.

### 3. Programas de acompañamiento familiar

- Desarrollar talleres y grupos de apoyo para familias y cuidadores, con énfasis en fortalecer la cohesión y flexibilidad familiar como factores protectores en la atención paliativa.

### 4. Atención domiciliaria y continuidad del cuidado

- Implementar visitas de atención comunitaria y seguimiento domiciliario para reducir hospitalizaciones repetidas y estancias prolongadas



## Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud (2022). Factores de riesgo y prevención del cancer casos nuevos. Observadsdr. <https://observadsdr.org/wp-content/uploads/2024/04/Factores-de-riesgo-y-prevencion-del-cancer-casos-nuevos-en-2022.pdf>
2. Ministerio de salud. (2021a). Lineamientos técnicos para la atención y los cuidados paliativos para el Sistema Nacional Integrado en Salud. Página 13,14. <https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaatencionencuidadospaliativosparaelSNIS-Acuerdo-2943-v1.pdf>
3. Ministerio de Salud. (2021b). lineamientos técnicos para la atención en cuidados paliativos para el Sistema Nacional Integrado en Salud. Pp: 18-20 <https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaatencionencuidadospaliativosparaelSNIS-Acuerdo-2943-v1.pdf>
4. OPS/OMS. (2024) Cuidados paliativos. <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>  
<https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>
5. Escalas para medir la calidad de vida en el paciente con cáncer M. HERRERA DE LA MUELA Unidad de Patología Mamaria. Instituto de Salud de la Mujer. Hospital Clínico San Carlos. Madrid
6. C. Padierna., C Fernández. (2022) Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales medida con QL-CA-AFEX. Revista Phisicoterma Universidad de Oviedo. 14(2), 1-8 [file:///C:/Users/gbrlv/Downloads/Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/gbrlv/Downloads/Calidad%20de%20vida%20en%20pacientes%20oncol%C3%B3gicos%20terminales%20(1).pdf)
7. Pastor M. (2021) abordaje Familiar en los cuidados paliativos. Sociedad española de medicina psicosomática y psicoterapia. Revista de psicología clínica del Hospital Universitario Infanta Elena. 12(5), 1-19 <https://www.psicociencias.org>
8. Campello C., Chocarro L. (2022) Necesidades de cuidados paliativos en enfermos no oncológicos con enfermedad crónica avanzada: revisión sistemática. Revista Elsevier 25(2), 66-82 DOI: 10.1016/j.medipa.2016.07.002

9. Stanley N. Situación actual de cuidados paliativos en oncología ginecológica, de pacientes atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer. enero 2020 – diciembre 2021 [Internet]. Handle.net. 2022 [cited 2025 Feb 27]. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.14492/19415>
10. Gallegos W. Caracterización de pacientes con enfermedad crónica avanzada y la necesidad de cuidados paliativos ingresados en Hospital Militar Central durante el periodo agosto – septiembre de 2021. Repositorio Institucional Universidad Alberto Masferrer. 2021.
11. Medina S., Diaz V., Rodríguez C. (2019) El rol del médico de la familiar en el cuidado paliativo de pacientes crónicos terminales. Revista Elsevier 45(2), 349-355 DOI: 10.1016/j.semerng.2018.09.01.
12. Medina Viand, Moreira Zamora. Impacto económico y en calidad de vida de la internación domiciliar paliativa comparada con los cuidados paliativos intrahospitalarios en un grupo de pacientes oncológicos avanzados del sector salud privado [Internet]. Repositorio Institucional Universidad José Matías Delgado. 2018 [cited 2025 Feb 27]. Available from: [https://webquery.ujmd.edu.sv/siab/opac3/verdetalle.php?idobra=42272&searchType=desc\\_pales\\_anadoc,desc\\_post\\_anadoc,desc\\_prop\\_anadoc&cc=2&searchText=ENFERMER%CDA%20DE%20CUIDADOS%20INTENSIVOS&sortBy=default&sfrase=default](https://webquery.ujmd.edu.sv/siab/opac3/verdetalle.php?idobra=42272&searchType=desc_pales_anadoc,desc_post_anadoc,desc_prop_anadoc&cc=2&searchText=ENFERMER%CDA%20DE%20CUIDADOS%20INTENSIVOS&sortBy=default&sfrase=default)
13. 1. Wilson Astudillo D, Mendinueta C. Preguntas y respuestas sobre los cuidados paliativos [Internet]. Available from: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/PREGUNTAS-Y-RESPUESTAS-SOBRE-PALIATIVOS.pdf>
14. Rosario del, Pascual L, Fraile A. Cuidados paliativos. La atención a los últimos días. Atención Primaria [Internet]. 2002 Sep 30;30(5):318–22. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuidados-paliativos-la-atencion-los-ultimos-dias-13037459>
15. Achury DM, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. Enfermería Universitaria. 2016 Jan;13(1):55–60.
16. Pedro Gutiérrez Lizardi, Pedro Gutiérrez Jiménez. Protocolos y procedimientos en el paciente crítico. Editorial El Manual Moderno; 2022.

17. Rosario del, Salinas Martín, A, Ortega M, Castillo del. Cuidados paliativos .La valoración multidimensional del paciente y de la familia. Atención Primaria [Internet]. 2002 Mar 15;29(4):237–40. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuidados-paliativos-la-valoracion-multidimensional-paciente-familia-13027625>
18. Infocop. Recomendaciones en la intervención en servicios de atención a familias - Infocop [Internet]. Infocop. 2021 [cited 2025 Feb 25]. Available from: <https://www.infocop.es/recomendaciones-en-la-intervencion-en-servicios-de-atencion-a-familias/>
19. Escudero V. Guía práctica para la intervención familiar 2ª Edición ampliada [Internet]. [cited 2025 Feb 25]. Available from: <https://uiicf.net/wp-content/uploads/2023/09/GUIA-PRACTICA-para-la-INTERVENCION-FAMILIAR-VALENTIN-ESCUDERO-2023.pdf>
20. Carlos, Marta VD. Componentes de la esperanza en situación de terminalidad: estudio de desarrollo de una escala de medida. Gerokomos [Internet]. 2016 [cited 2025 Feb 25];27(3):97–103. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2016000300003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000300003)
21. Historia de los cuidados paliativos - SECPAL [Internet]. 2022. Available from: <https://www.secpal.org/historia-de-los-cuidados-paliativos/>
22. Palma, Ana Cristina Ruiz. Resiliencia en procesos de duelo. Editorial GEDISA; 2021.
23. Lemos KC, Cristina M, Borges S. A dimensão espiritual dos cuidados paliativos na doença renal crônica: revisão integrativa. Revista Enfermagem UERJ. 2024 Aug 22;32:e82335–5.
24. TEMA 3. CUIDADOS A LA FAMILIA DEL PACIENTE TERMINAL [Internet]. Salusplay.com. 2020 [cited 2025 Mar 7]. Available from: <https://www.salusplay.com/apuntes/cuidados-medico-quirurgicos/tema-3-cuidados-a-la-familia-del-paciente-terminal>
25. Gallo Vallejo FJ, Altisent Trota R, Díez Espino J, Fernández Sánchez C, Foz i Gil G, Granados Menéndez MI, et al. Perfil profesional del médico de familia. Atención Primaria [Internet].

- 1999 Mar 15;23(4):236–45. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-perfil-profesional-del-medico-familia-14766>
26. Sarmiento Medina PJ, Díaz Prada VA, Rodríguez NC. El rol del médico de familia en el cuidado paliativo de pacientes crónicos y terminales. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2019 Jul;45(5):349–55.
27. Chapman L, Ellershaw J. Care in the last hours and days of life. *Medicine* [Internet]. 2016 [cited 2025 Mar 7];43(12):736–9. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5700756>
28. Cegarra M, Hassoun H, Villacieros M, García Pérez D, Bermejo JC. Estudio cualitativo sobre la influencia del entorno físico en los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos tras su remodelación. *Med Paliativa* [Internet]. 2018;25(4):222–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2017.03.002>
29. Villavicencio-Chávez C, Garzón-Rodríguez C, Vaquero-Cruzado J, Gracia E, Torrents A, Loncán P. Exploración de los Valores y Deseos de Pacientes con Enfermedad Crónica Avanzada y con Enfermedad Crónica Compleja. *Conversaciones Acerca del Final de la Vida. Med Paliativa* [Internet]. 2019;26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2019.1040/2019>
30. Barbero Biedma E, Sala Suñe S, Oliva Arias C, Llorens Torrome S, Porta i Sales J. Construcción de un instrumento de screening sobre la priorización de la evaluación de trabajo social sanitario en una unidad de cuidados paliativos de agudos. *Med Paliativa* [Internet]. 2019;26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2019.1029/2019>
31. Aira Ferrer P, Domínguez Lorenzo C, Cano González JM, García Verde I, Molina Baltanás E, Vicente Aedo M, et al. Características de los pacientes con enfermedad crónica avanzada incluidos en un programa de cuidados paliativos domiciliario. *Med Paliativa* [Internet]. 2017;24(4):179–87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2015.08.001>
32. Cuadrado Blanco A, Álvarez González MT, Díaz Madero A. La atención farmacéutica comunitaria en pacientes incluidos en programas de cuidados paliativos. Revisión bibliográfica. *Med Paliativa* [Internet]. 2016;23(1):13–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.12.006>
33. Selection- Model List of essential medicines [Internet]. Naciones Unidas : Kit de Herramientas de la ONU sobre Drogas Sintéticas. [citado el 26 de abril de 2025]. Disponible en: <https://syntheticdrugs.unodc.org/syntheticdrugs/es/access/pharmaceutical/selection--model-list-of-essential-medicines.html>

34. Carrero Planes V, Navarro Sanz R, Serrano Font M. Planificación adelantada de los cuidados en pacientes con enfermedades crónicas y necesidad de atención paliativa. *Med Paliativa* [Internet]. 2016;23(1):32–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.06.003>
35. Selección- Lista Modelo de medicamentos esenciales [Internet]. Naciones Unidas : Kit de Herramientas de la ONU sobre Drogas Sintéticas. [citado el 28 de abril de 2025]. Disponible en: <https://syntheticdrugs.unodc.org/syntheticdrugs/es/access/pharmaceutical/selection--model-list-of-essential-medicines.html>
36. Serra Vila M, de Luis Molero VJ, Valls i Ballespí J. Evaluación de un programa de musicoterapia en una unidad de cuidados paliativos. La perspectiva de los cuidadores. *Med Paliativa* [Internet]. 2016;23(3):129–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2014.02.002>
37. Musichterapia.org. [citado el 28 de abril de 2025]. Disponible en: <http://www.musichterapy.org/>
38. Serra M. Comparación del efecto de una intervención con musicoterapia para mujeres con cáncer de mama durante la sesión de quimioterapia: un análisis cuantitativo y cualitativo [tesis doctoral]. Barcelona: Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna Universitat Ramon Llull; 2013.
39. Bermejo Higuera JC, Lozano González B, Villacieros Durbán M, Gil Vela M. Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios. *Med Paliativa* [Internet]. 2013;20(3):93–102. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.05.004>
40. Gómez Traveso T, Fiorini Talavera A, Beltrán Sánchez AM, Briongos Figuero LS, Ruiz de Temiño de la Peña Á, Pérez Castrillón JL. Grado de satisfacción e importancia de los cuidados durante la fase final de la vida. *Med Paliativa* [Internet]. 2016;23(4):179–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2014.04.002>
41. Reigada C, Ribeiro E, Novellas A. Capacidades familiares para cuidar de enfermos oncológicos paliativos: un estudio cualitativo. *Med Paliativa* [Internet]. 2015;22(4):119–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.12.002>
42. Santamaría Campos CC, Carrero Planes V, Navarro Sanz R. Sentido de dignidad al final de la vida: una aproximación empírica. *Med Paliativa* [Internet]. 2014;21(4):141–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.03.004>
43. Bermejo Higuera JC, Lozano González B, Villacieros Durbán M, Gil Vela M. Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios. *Med Paliativa* [Internet]. 2013;20(3):93–102. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.05.004>

44. Secretaría de las Mujeres, Ahome, Peña Encinas IA, Zazueta Mendivil RP, Universidad Autónoma Indígena de México. Orientación emocional a familias con enfermos de cáncer terminal, en la colonia las Higuieritas, Choix, Sinaloa. En: Educación intercultural: visiones multidisciplinares de investigaciones sociales en la UAIM. Editorial Astra; 2024. pág. 165–82. <https://doi.org/10.61728/AE24002714>
45. Torres-Males JJ, Placencia-Chamorro JD, Infante-Miranda ME, Lizcano-Chapeta CJ. Derecho constitucional a una vida digna y la eutanasia en pacientes con enfermedades terminales [Constitutional right to life with dignity and euthanasia for terminally ill patients]. Verdad y Derecho Revista Arbitrada de Ciencias Jurídicas y Sociales [Internet]. 2024;3(especial 3 UNIANDES):325–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.62574/189jwh29>
46. Manrique-Hernandez EK, Sánchez-Duque JA. Cuidados paliativos en la atención primaria de salud. Medisan [Internet]. 2024 [citado el 29 de abril de 2025];28(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192024000200013&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192024000200013&script=sci_arttext)
47. Vázquez Navarro ME, Templos Esteban LA, García Valdés P. Características clínicas y necesidades paliativas de pacientes con insuficiencia hepática no oncológica atendidos en un servicio de cuidados paliativos. mie [Internet]. 2025;36(2):584–635. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.36105/mye.2025v36n2.04>
48. Schmidt, A. B. C. CUIDADOS PALIATIVOS: concepções, perceptivas e contexto familiar. Disponible en: <http://bib.pucminas.br:8080/pergamumweb/vinculos/0000b6/0000b6df.pdf>
49. López García, M. (2020). La valoración de la complejidad en cuidados paliativos: proceso asistencial y valoración. *Terapia*, (13), 49-61.
50. de Miguel C, Ruiz S, de la Uz A, Merino E, Gutiérrez A, Sanz L, et al. ¿Son complejos los pacientes atendidos por unidades de cuidados paliativos domiciliarias? Med Paliativa [Internet]. 2018;25(1):7–16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2016.06.003>
51. Riaño Pérez A, Valero RL-B, Lajara Villar L, Vicente Mas J, Wikman-Jorgensen PE. Factores asociados a la polifarmacia y la prescripción inadecuada en el final de la vida: estudio descriptivo. Med Paliativa [Internet]. 2024; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2024.1488/2024>
52. McNeil MJ, Kamal AH, Kutner JS, Ritchie CS, Abernethy AP. La carga de la polifarmacia en pacientes al final de la vida. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2016;51(2):178-83.e2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.09.003>
53. Mango.net. [citado el 29 de abril de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12920/14797>
54. Dopico P, Cervera C, Ramallal P, Balayo A, Gil P, Arce L, et al. Dificultades percibidas en atención primaria en el abordaje de los cuidados paliativos. Semergen [Internet]. 2025;51(6):102457. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2025.102457>



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**MAESTRIA EN SALUD PUBLICA**



**ANEXOS**

**ANEXO 1**

**Identificar las características epidemiológicas de las pacientes del programa de cuidados paliativos del Hospital Nacional de la Mujer.**

<b>Sexo:</b>	Femenino
<b>Edad</b>	a) 18-29 b) 30-39 c) 40-49 d) 50-59 e) >60
<b>Residencia</b>	c) 1.Urbana d) 2. Rural
<b>Ocupación</b>	f) Estudiante g) Empleado h) c)empleo informal i) d)Desempleado j) e) jubilado/pensionado
<b>Estado civil</b>	a) Soltera b) Casada c) Divorciada d) Viuda e) .
<b>Educación básica, media, superior:</b>	a) Sin escolaridad b) básica c)secundaria d) bachillerato e) Superior
<b>Diagnóstico de ingreso</b>	g) Patología oncológica h) Enfermedad cardiaca i) Enfermedad pulmonar j) Enfermedad hepática k) Neurológica/demencia l) Renal
<b>Multimorbilidades</b>	f) No g) 1 h) 2 i) 3 j) Mas de 4

<b>Estadía hospitalaria</b>	e) 1 mes f) 3 meses g) 6 meses h) Mayor a 6 meses
-----------------------------	--

**Describir las necesidades de la paciente para el manejo de su enfermedad desde las dimensiones: física, familiar y psicológica-espiritual.**

### **Dimensión física**

1. ¿Durante los últimos 7 días ha experimentado falta de energía?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

1. ¿Durante los últimos 7 días ha experimentado disnea?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

2. ¿Durante los últimos 7 días ha experimentado dolor?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

3. ¿Durante los últimos 7 días ha experimentado insomnio?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

4. ¿Durante los últimos 7 días ha experimentado ansiedad?

- Nada
- Poco
- Bastante

- Mucho

5. ¿Durante los últimos 7 días ha experimentado nauseas?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

6. ¿Durante los últimos 7 días ha experimentado efectos secundarios?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

7. ¿Durante los últimos 7 días ha experimentado bienestar familiar?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

8. ¿Durante los últimos 7 días ha estado mucho tiempo encamado?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

### **Dimensión familiar**

9. ¿Durante su enfermedad ha recibido apoyo/ acompañamiento por amistades cercanas/familia?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

10. ¿Desde su padecimiento ha recibido apoyo emocional/ físico/ económico?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

11. ¿La comunicación familiar ha sido afectada desde su padecimiento?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

12. ¿su cuidador principal le apoya en sus necesidades diarias?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

edad: \_\_\_\_\_ profesión \_\_\_\_\_

13. Según el modelo circunflejo de funcionamiento familiar, responda según corresponda

#### Cohesión

- Desligada: Límites rígidos, no tienen nada en común y no comparten tiempo entre ellos, así como que cada individuo configura un subsistema.
- Separada: Cada individuo es un subsistema, los límites externos e internos son semiabiertos, pero los límites generacionales están claramente fijados.
- Unida: Límites externos semi-abiertos e intergeneracionales claros. Existe espacio entre sus integrantes para su desarrollo.
- Enredada: Límites difusos, es difícil poder establecer el rol de cada uno de ellos. Se dice que la enfermedad grave de un miembro de la familia producirá un aumento de la cohesión, aunque no en todas las familias se dará esta unión, dependiendo de su funcionamiento previo y la tendencia en la que se encuentre.

#### La flexibilidad

- Caóticas: Roles no definidos, ausencia de liderazgo y disciplina cambiante o ausente.
- Flexibles: Disciplina democrática, considerando la opinión de los integrantes.
- Estructurada: Sus integrantes a veces comparten los roles y el liderazgo.
- Rígida: Presentan roles fijos, liderazgo autoritario y disciplina rígida, sin posibilidad de cambio.

Según la dimensión psicológica- espiritual responda según corresponda

14. ¿Durante su padecimiento ha tomado terapia psicológica?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

15. ¿Ha recibido atención basada en dignidad/ meditación?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

16. ¿Se ha reconciliado con su familia y amigos?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

17. ¿Celebran con su familia el día de acción de gracias?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

**Identificar del rol de médico en el mejoramiento del estado funcional de la paciente.**

18. ¿Considera que su padecimiento fue identificado tempranamente?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

19. ¿la preinscripción de sus medicamentos es oportuna y alivia o controla sus síntomas?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

20. ¿recibe durante su estadía hospitalaria evaluación/ seguimiento medico regular?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

21. ¿el medico que lo atiende se comunica con usted y su familia para la toma de decisiones terapéuticas?
- Nada
  - Poco
  - Bastante
  - Mucho
22. ¿durante la visita médica discuten el plan de atención con usted y toman en cuenta su opinión?
- Nada
  - Poco
  - Bastante
  - Mucho
23. ¿recibe atención medica por equipo multidisciplinario (enfermería, psicología, oncología, medico paliativista, trabajo social)
- Nada
  - Poco
  - Bastante
  - Mucho



## ANEXO 2



### Consentimiento informado

Estimado señor/señora

Usted ha sido seleccionado a participar en la investigación “cuidados paliativos recibidos por las pacientes del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez, en el periodo agosto 2025” el cual es desarrollado por la Universidad de El Salvador. El estudio se realizará en la unidad de cuidados paliativos de dicho hospital.

Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El propósito del presente estudio es crear propuestas al hospital para mejorar la calidad de vida de los pacientes y familias que enfrentan enfermedades graves.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. “Cuidados paliativos recibidos por las pacientes del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez, en el periodo agosto 2025” He sido informado (a) de que la meta de este estudio es crear propuestas al hospital para mejorar la calidad de vida de los pacientes y familias que enfrentan enfermedades graves.

Le pedimos participar en este estudio porque usted forma parte de la unidad de cuidados paliativos del hospital y tiene deseo de colaborar en el estudio, sus respuestas son muy valiosas para dar respuestas a los objetivos de este estudio.

Procedimientos

Su participación consistirá en:

Responder preguntas de cuestionario dirigido por el investigador, lo cual tomará aproximadamente 5 minutos.

Beneficios: No hay un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con el Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez para mejorar la calidad de vida de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación y no estará disponible para ningún otro propósito.

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

---


Nombre del Participante  
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

### ANEXO 3

#### Analisis metodologico para protocolo de investigacion Primer dictamen



GOBIERNO DE  
EL SALVADOR

MINISTERIO  
DE SALUD

UNIDAD DE DESARROLLO PROFESIONAL  
HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER  
COMITÉ DE INVESTIGACION

HOSPITAL  
NACIONAL DE  
LA MUJER

**ANALISIS METODOLOGICO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIONES**  
**I. IDENTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN PLANTEADA** Primer Dictamen

Título de la investigación	Cuidados paliativos recibidos por las pacientes del Hospital Dra. Maria Isabel Rodríguez, en el periodo abril- agosto 2025.		
Tema Prioridad de Investigación <b>INS - MINSAL</b>	02 Cáncer.		
Investigadores	Dra. Gabriela Vanessa Pineda Molina		
Asesor/es metodológico	Lic. Msp. Reina Araceli Padilla Mendoza		
Institución de la cual proviene	Universidad de El Salvador		
Nivel Académico	Maestría en Salud Publica		
Fecha de recepción protocolo	22/05/2025		
Fecha del dictamen	30/05/2025		

**II. ANALISIS METODOLOGICO -** A: adecuado, I: inadecuada, No A: no aplica, CO: con observación.


Parámetro	A	I	No A	Observaciones
Título	CO			Debe agregar Hospital Nacional de la Mujer y corregir el periodo del estudio.
Relevancia del tema	X			
Originalidad	X			
Idoneidad del sitio de investigación/ investigadores	X			
Resumen	CO			Se sugiere mejora la redaccion de este apartado y debe iniciar con la <b>introducción</b> sobre el tema que esta investigando, el <b>objetivo general, la metodología</b> y al final los <b>resultados esperados</b> de su investigación todo en un aproximado de 250 palabras.
Planteamiento del problema	X			
Justificación	CO			Se sugiere mejorar la redaccion de este apartado. Consiste en evidenciar de manera clara del porque es necesaria la realización de la investigación. Colocar cifras nacionales, locales es de importancia en este apartado.
Hipótesis			X	
Objetivo general	X			
Objetivos específicos	X			
Marco teórico	CO			Deben quedar delimitados los títulos y subtítulos en este acápite. En los cuadros y graficas debe colocar en la parte superior el título y en la parte inferior la fuente de donde se obtuvo la información.
<b>Metodología</b>				
Tipo de estudio	X			
Ubicación	X			
Período	X			
Universo	X			


### ANEXO 3

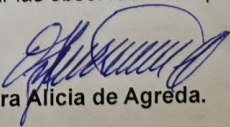
#### Analisis metodologico para protocolo de investigacion Primer dictamen continuacion

MINISTERIO DE SALUD		UNIDAD DE DESARROLLO PROFESIONAL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER COMITÉ DE INVESTIGACION		HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER	
Muestra	X				
Criterios de Inclusión	CO				Agregar pacientes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.
Criterios de Exclusión	CO				Agregar paciente que habiendo firmado el consentimiento decidan retirarse del estudio.
Matriz de congruencia de las variables					
Plan de Recolección, tabulación y análisis de resultados.	X				
Mecanismos de resguardo y confidencialidad de los datos	X				
Aceptabilidad técnica	CO				
Utilidad de la investigación para el hospital	X				
Razón Beneficio/Riesgo	X				
<b>Anexos</b>					
Instrumento de recolección de datos	X				
Consentimiento Informado	x				
Asentimiento informado					
Cronograma de actividades	X				
Presupuesto	CO				Agregar en este cuadro el apartado de costo del recurso humano.
Bibliografía	X				
Otras observaciones					

**Declaración del Comité**  
 Protocolo de investigación pendiente de aprobación hasta superar las observaciones que se realizan.

  
 Dra. Karina Mendoza




  
 Dra. Lic. Dora Alicia de Agréda.

**Miembros Comité de Investigación**

**Observación Necesaria:** Ante toda investigación que se realice en el Hospital Nacional de la Mujer, se solicita a los investigadores remitir una copia del Informe Final al Comité de Investigación.  
 CC/ Archivo

## ANEXO 4

### Analisis metodologico para protocolo de investigacion Segundo dictamen

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	UNIDAD DE DESARROLLO PROFESIONAL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER COMITÉ DE INVESTIGACION	HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER	
<b>ANALISIS METODOLOGICO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIONES</b> <b>I. IDENTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN PLANTEADA</b> <u>Segundo Dictamen</u>				
Título de la investigación		Cuidados paliativos recibidos por las pacientes del Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez, en el periodo Julio 2025.		
Tema Prioridad de Investigación INS - MINSAL		02 Cáncer.		
Investigadores		Dra. Gabriela Vanessa Pineda Molina		
Asesor/es metodológico		Lic. Msp. Reina Araceli Padilla Mendoza		
Institución de la cual proviene		Universidad de El Salvador		
Nivel Académico		Maestría en Salud Pública		
Fecha de recepción protocolo		10/06/2025		
Fecha del dictamen		11/06/2025		
<b>II. ANALISIS METODOLOGICO -</b> A: adecuado, I: inadecuada, No A: no aplica, CO: con observación.				
Parámetro	A	I	No A	Observaciones
Título	X			
Relevancia del tema	X			
Originalidad	X			
Idoneidad del sitio de investigación/ investigadores	X			
Resumen	X			
Planteamiento del problema	X			
Justificación	X			
Hipótesis			X	
Objetivo general	X			
Objetivos específicos	X			
Marco teórico	CO			Verificar las citas bibliográficas en este apartado.
<b>Metodología</b>				
Tipo de estudio	X			
Ubicación	X			
Período	X			
Universo	X			
Muestra	CO			Actualizar el mes en que realizara su estudio.
Criterios de Inclusión	X			
Criterios de Exclusión	X			
Matriz de congruencia de las variables	X			
Plan de Recolección, tabulación y análisis de	X			

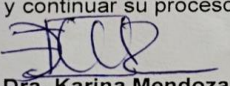
## ANEXO 4


### Analisis metodologico para protocolo de investigacion Segundo dictamen continuacion

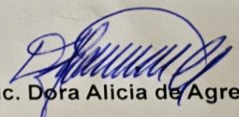
	MINISTERIO DE SALUD	UNIDAD DE DESARROLLO PROFESIONAL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER COMITÉ DE INVESTIGACION	HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER
resultados.			
Mecanismos de resguardo y confidencialidad de los datos	CO		Colocar el título en la parte superior de la pagina donde inicia lo descrito de este acápite.
Aceptabilidad técnica	X		
Utilidad de la investigación para el hospital	X		
Razón Beneficio/ Riesgo	X		
<b>Anexos</b>			
Instrumento de recolección de datos	X		
Consentimiento Informado	x		
Asentimiento informado		X	
Cronograma de actividades	X		
Presupuesto	X		
Bibliografía	CO		La cantidad de referencias esta bien. Recuerde que debe verse reflejada la literatura consultada en todo el documento citando la bibliografía ya sea en subíndice o superíndice
Otras observaciones			

**Declaración del Comité**

**Protocolo de investigación aprobado**, con mínimas observaciones que deben ser superadas, luego se recomienda presentar los ejemplares requeridos por el comité de ética y continuar su proceso de investigación

  
**Dra. Karina Mendoza**

  
**Miembros Comité de Investigación.**

  
**Dra. Lic. Dora Alicia de Agreda.**

**Observación Necesaria:** Ante toda investigación que se realice en el Hospital Nacional de la Mujer, se solicita a los investigadores remitir una copia del Informe Final al Comité de Investigación.  
**CC/ Archivo**

## ANEXO 5

Aprobación de solicitud de estudio por dirección para ejecución

22 JUL 2025  
Koh 21/2

San Salvador, 22 de julio de 2025

Dr. René Mauricio Arévalo Mata  
Director del Hospital Nacional de la Mujer  
Dra. María Isabel Rodríguez.

25 JUL 2025

Yo, Gabriela Vanessa Pineda Molina, egresada de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de El Salvador, solicito a usted de la manera más atenta autorización para realizar la recolección de datos de la la investigación denominada: "Cuidados paliativos recibidos por las pacientes del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez en el periodo abril- agosto 2025", requisito del proceso de graduación.

He cumplido con las revisiones necesarias del documento por el comité de investigación y Comité de Ética del Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez, quien verificó que la propuesta y contenido se apegan de conformidad a los lineamientos para ser sometido a su dictamen de dicha instancia.

Agradeciendo su atención a la presente y esperando una respuesta favorable, me despido.

Dra. Gabriela Vanessa Pineda Molina  
DOCTORA EN MEDICINA  
J.V.P.M. No. 21218

Atentamente  
Dra. Gabriela Vanessa Pineda Molina  
Egresada Maestría en Salud Pública  
Correo (e-mail): pm13022@ues.edu.sv  
Numero de Teléfono: +503 7622-5433

Dra. Adreago  
CDP  
Dra. Pineda

## ANEXO 6

Equipo Unidad de cuidados paliativos Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez.



Dra. Portillo, jefe de Unidad de Cuidados Paliativos

## ANEXO 7.

Ejecutando el instrumento de investigación a paciente del programa de cuidados paliativos



## ANEXO 8

Ejecutando el instrumento de investigación a paciente del programa de cuidados paliativos



### ANEXO 9

Tabla N°10: Frecuencia del sexo de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto .2025

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	30	100%
Masculino	0	0
Total	30	

Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV.

### ANEXO 10

Tabla 11: Frecuencia por grupo de edad de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto .2025

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
Mayora 60 años	18	60
50 59 años	8	26.6
40 a 49 años	3	10
30 a 39 años	1	3.3
18 a 29 años	0	0
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV.

### ANEXO 11

Tabla 12: frecuencia y porcentaje de ocupación de pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto .2025

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Jubilado	9	30%
Desempleado	21	70%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV.

### ANEXO 12

Tabla 13. frecuencia y porcentaje de residencia de pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	25	83.3%
Rural	5	16.6%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV.

### ANEXO 13

Tabla 14. Frecuencia y porcentaje de estado civil de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	20	66.6%
Casada	5	16.6%
Divorciada	0	0
Viuda	5	16.6%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV.

### ANEXO 14

Tabla 15. Frecuencia y porcentaje de escolaridad de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sin escolaridad	3	10%
Básica	17	56.6%
Secundaria/Bachillerato	9	30%
Superior	1	3.3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

### ANEXO 15

Tabla 16. Frecuencia y Número de hospitalizaciones previas de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.

Numero de hospitalizaciones	Frecuencia	Porcentaje
No	6	20%
1	10	33.3%
2	3	10%
3	2	6.6%
Mayor a 4	9	30%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

### ANEXO 16

Tabla 17. Edades del cuidador principal de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.

Rango de edades	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 30 años	0	-
31 a 50 años	15	50%
51 a 70 años	12	40%
Ninguno	3	10%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV

### ANEXO 17

Tabla 18. Profesión del cuidador principal de las pacientes entrevistadas del Hospital Dra. María Isabel Rodríguez. Período abril agosto 2025.

Empleo	Frecuencia	Porcentaje
Empleo formal	2	6.66%
Empleo informal	25	83.33%
ninguno	3	10%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia. Pineda Molina, GV