

¿ES COMPLEJA LA SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DOMICILIO? ESTUDIO MULTICÉNTRICO

IS THE PSYCHO-EMOTIONAL SITUATION COMPLEX IN HOME PALLIATIVE CARE? A MULTICENTER STUDY

Salvador Martín-Utilla^a, Paula Gallart Gómez^b, Patricia Cortés Coll^c, Paula Llisterri Sánchez^d, Marta Almansa Gimeno^e, Alfonso Durá Velasco^f y Antonio Mancheño Álvaro^a

Fechas de recepción y aceptación: 12 de diciembre de 2018, 29 de enero de 2019

RESUMEN

Introducción: Los cuidados paliativos en el domicilio pueden precisar, por criterios de complejidad psicoemocional, la intervención de equipos especializados o avanzados. La hospitalización a domicilio se presta a pacientes con necesidad de atención paliativa en su domicilio cuya complejidad es variable. *Objetivo:* Describir la presencia de causas de complejidad psicoemocional en los pacientes paliativos ingresados en hospitalización a domicilio en España. *Método:* Estudio descriptivo transversal y multicéntrico empleando la herramienta IDC-Pal realizado en ocho hospitales diferentes de hospitalización a domicilio repartidos por la geografía española. Los criterios de inclusión han sido: pacientes con mayoría de edad ingresados en régimen de hospitalización a domicilio con necesidad de cuidados paliativos. *Resultados:* En una muestra de 266 pacientes de 8 hospitales, 151 (57 %) eran hombres y 115 mujeres (43 %). La edad media de la muestra fue de 71,48 años (DE = 13,28). El 85,7 % de los pacientes presentaban al menos un criterio de alta complejidad para cualquier

^a Hospitalización a Domicilio. Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO).

* Correspondencia: Salvador Martín-Utilla. Calle Beltrán Báguena, 4. Edificio Trade Center, despacho 311. 46009 Valencia. España.

E-mail: smartin@fivo.org.

^b Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital IMED.

^c Servicio de Urgencias. Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO).

^d Sala de Hospitalización. Hospital Intermutual de Levante.

^e Sala de Hospitalización. Hospital IMED.

^f Sala de Hospitalización. Hospital de Manises.



causa. 115 pacientes (47 %) presentaban al menos un criterio de complejidad psicoemocional, siendo la angustia existencial o sufrimiento espiritual el más frecuente. *Conclusiones:* La situación psicoemocional compleja se presenta en aproximadamente la mitad de los pacientes ingresados en hospitalización a domicilio. El sufrimiento espiritual merece una atención particular en este grupo de pacientes.

Palabras clave: cuidados paliativos, hospitalización a domicilio, complejidad, sufrimiento espiritual.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care at home might require, by criteria of psycho-emotional complexity, the intervention of specialized or advanced teams. Hospital-at-home is provided to patients who need palliative care at home and whose complexity is variable. *Aim:* To describe the causes of psycho-emotional complexity in palliative patients admitted to hospital-at-homes in Spain. *Method:* Cross-sectional and multicenter descriptive study using the IDC-Pal tool carried out in eight different hospitals of Hospital-at-home distributed throughout the Spanish geography. The inclusion criteria were: patients with legal age admitted to Spanish hospital-at-homes and who need palliative care. *Results:* In a sample of 266 patients from 8 hospitals, 151 (57 %) were men and 115 women (43 %). The mean age of the sample was 71.48 years (SD = 13.28), 85.7 % of the patients had at least one criterion of high complexity for any cause, 115 patients (47 %) had at least one criterion of psycho-emotional complexity, being the existential anguish or spiritual suffering the most frequent. *Conclusions:* The complex psycho-emotional situation occurs in approximately half of the patients admitted to hospital-at-homes. Spiritual suffering deserves special focus in this group of patients.

Keywords: palliative care, home hospitalization, complexity, spiritual suffering.

INTRODUCCIÓN

La mejora de los cuidados de los pacientes en fase avanzada y terminal es uno de los objetivos de la Sanidad Española¹. En múltiples ocasiones se ha descrito a los pacientes paliativos como complejos. Tanto el término *paciente paliativo* como el de *complejidad* resultan imprecisos, por lo que se hace necesario para su uso en investigación utilizar herramientas que los definan con precisión y que sean de utilidad para el manejo clínico y la gestión de recursos².

La definición y la clasificación de los cuidados paliativos van a favorecer la gestión adecuada de los recursos y la formación básica de los profesionales, garantizando su eficacia, para aportar a cada paciente una atención individual



lizada y que dé respuesta a unas necesidades concretas de salud, valorando al paciente de modo integral y sistematizado. Esta atención no se limita al control del dolor y de los síntomas, busca cubrir de una forma más completa y plena las necesidades que los pacientes requieren en estas circunstancias¹⁴.

En ocasiones, los pacientes paliativos presentan necesidades de unos cuidados especializados o avanzados, lo que se traduce en el consumo de una gran cantidad de recursos tanto materiales como humanos o económicos. Para poder definir qué son los cuidados paliativos especializados o avanzados y así caracterizar poblaciones subsidiarias de atención paliativa y comparar intervenciones y resultados de manera significativa, conviene conocer cuáles son las necesidades de cada paciente y cuál es el grado de complejidad que presentan³.

La complejidad puede establecerse debido a criterios claros como la edad, la presencia de varios síntomas refractarios o la presentación de un deterioro brusco en la trayectoria de la enfermedad. Hay otras situaciones en las que la complejidad puede ser menor y que los criterios para definirla sean menos claros o que pasen más desapercibidos, pero no dejan de ser situaciones en las que nos encontramos ante pacientes complejos¹⁵. Es muy importante abordar la complejidad de forma multifactorial, comprendiendo su esencia cambiante y evolutivamente incierta⁶⁻⁷.

La necesidad de los cuidados paliativos se incrementa cuanto mayor es la complejidad. La complejidad hace referencia a la clasificación gradual que se realiza sobre el paciente para determinar la situación global en la que este se halla. El término *complejidad* pretende agrupar a un colectivo de pacientes que comparten unas características concretas, como la presencia de varias enfermedades crónicas recurrentes, el uso de los servicios de hospitalización de urgencias con múltiples ingresos en el transcurso de un año, la toma simultánea de múltiples medicamentos o la pérdida temporal o permanente de la autonomía personal^{13,20}.

Los pacientes complejos presentan una comorbilidad somática y psicológica y van a requerir el ajuste constante de los diferentes tipos de cuidados que presenten. Para la realización de este reajuste es necesario ver a la persona como un ser biopsicosocial, por lo que la valoración que se realiza sobre él debe ser multidimensional, estimando a la persona de forma integral¹⁶.

Los conceptos de salud y enfermedad han ido cambiando con el paso del tiempo hacia una visión más integral donde el bienestar psicoemocional es



fundamental para el estado de salud en las personas con enfermedades crónicas avanzadas⁹. Los pacientes paliativos se ven afectados en todas sus dimensiones por la enfermedad, siendo la esfera psicoemocional una de ellas. Para poder cumplir estos objetivos hace falta realizar una buena valoración del paciente, conocer cuál es su diagnóstico actual, su sintomatología principal, sus características personales, sus dudas, los aspectos que ignora de su enfermedad y cuánto desea conocer, su entorno familiar y los posibles problemas sociales, cuáles son sus creencias y su espiritualidad, cuál es su visión de la muerte y cómo desea vivir este último tiempo³⁻⁵.

Una persona diagnosticada de una enfermedad avanzada, aparte de presentar el sufrimiento propio de la enfermedad, se ve afectada por el sufrimiento de afrontar la muerte. Esto produce una gran angustia existencial, por el desconocimiento de cómo será la última etapa de su vida, lo cual acrecienta el miedo^{10,11}.

En los cuidados paliativos debe haber responsabilidad para facilitar el afrontamiento y la resolución de las circunstancias internas y externas que vive el paciente y poder contribuir al proceso de adaptación y acceso a la muerte en paz¹⁷.

Durante las últimas décadas se ha producido un inmenso avance en las tecnologías que proporcionan un mayor equipamiento y una mejora en las técnicas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, conduciendo la práctica de la medicina hacia el conocimiento y la especialización en estas nuevas ramas y dejando en muchos casos de lado el aprendizaje más humano de las ciencias de la salud, como la compasión y la empatía. El resultado puede llegar a ser un trabajo por parte del personal sanitario eficaz y rápido, pero disminuye la cantidad y la calidad del tiempo invertido en la relación con los pacientes, lo que proporciona una asistencia impersonal, en la que no se da paso al diálogo y al conocimiento global de la persona¹⁸.

Alcanzar tal conocimiento sobre los pacientes requiere una atención con tiempo y recursos proporcionales a las necesidades de cada uno; las tasas de ocupación de los hospitales y las exigencias asistenciales complican mucho esta tarea. Los servicios especializados en el cuidado de pacientes paliativos, como pueden ser las unidades de cuidados paliativos o los equipos de atención domiciliaria, favorecen la correcta ubicación de estos pacientes³.

El lugar donde mejor vaya a ser tratado el paciente y donde él quiera estar deben ser los criterios fundamentales para decidir cuál es el lugar idóneo para realizar los cuidados, siempre que este conozca bien cuál es su patología⁸.



La hospitalización a domicilio tiene como finalidad dispensar todas las atenciones y cuidados que pueden prestar médicos y enfermeros en el ámbito hospitalario, trasladándolo al domicilio de los pacientes. Este modelo sanitario busca la continuidad de las prestaciones sanitarias en el hogar, cuando ya no son requeridas las infraestructuras hospitalarias, sobre todo cuando aún es necesaria una vigilancia activa, cuidados de enfermería y tratamientos¹⁰.

Entre las funciones de la hospitalización a domicilio se encuentran el uso adecuado de analgésicos potentes, el favorecimiento de la comunicación entre el personal sanitario y los pacientes, una mayor humanización de la asistencia y mejor evolución de la enfermedad, el hacer partícipe a la familia en los cuidados, la promoción de la autonomía y dignidad del usuario y dispensar una atención integral, individualizada y continuada, contemplando todas las dimensiones de la persona, velando por su salud física, psíquica, emocional, social y espiritual, sin salir del ambiente de confort del paciente¹².

La Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio, en su proyecto HAD 2020, propone consolidar la hospitalización a domicilio en España. Para ello, plantea un sistema de clasificación de los pacientes basado en el grado de complejidad que presentan, tanto por la gravedad de su enfermedad como por la cantidad de recursos que requieren para ser atendidos. El fin de esta organización es poder identificar y crear grupos homogéneos de pacientes que presentan similitudes en su perfil clínico⁶⁻⁸.

Definir y establecer un instrumento para valorar el grado de complejidad va a favorecer la prestación de una atención individualizada, integral y sistematizada que dé una respuesta real a las necesidades de salud que presenta el paciente. De esta forma se conseguiría un uso más efectivo y eficiente de los recursos tanto humanos como económicos que se proporcionan. La estructuración de unos criterios que permiten valorar la complejidad de los pacientes va a favorecer la unificación de las actuaciones tanto a nivel hospitalario como en la asistencia domiciliaria^{14,19}.

MÉTODO

Se planteó como objetivo de este estudio describir la incidencia de criterios de complejidad en la esfera psicoemocional en pacientes con necesidad



de atención paliativa ingresados en régimen de hospitalización a domicilio en España.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional y multicéntrico. Este estudio se desarrolló en el marco del Proyecto PALIHADO (Complejidad de los cuidados PALIativos en Hospitalización A DOMicilio). Participaron los servicios de hospitalización a domicilio de los siguientes centros: Fundación Instituto Valenciano de Oncología (Valencia), Hospital Universitario Araba (Álava), Hospital Universitario de Cruces (Barakaldo, Vizcaya), Hospital de Denia-Marina Salud (Alicante), Hospital Dos de Maig (Barcelona), Osi Barrualde Hospital Galdakao-Usansolo (Galdakao, Bizkaia), Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo) y Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva-Ontinyent (Valencia).

Como criterios de inclusión se consideraron ser mayor de 18 años, estar ingresado en unidades o servicios de hospitalización a domicilio de los centros participantes en el estudio y tener necesidad de atención paliativa.

Para la obtención de la muestra, se seleccionó de forma consecutiva a los pacientes que ingresaron en los servicios de cada hospital desde el 1 de diciembre hasta el 29 de febrero de 2016. En caso de duda sobre la necesidad de atención paliativa se administró la herramienta NECPAL.

La herramienta principal utilizada es el Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos (IDC-Pal). Esta herramienta identifica los distintos criterios de complejidad en la necesidad de atención paliativa en función de criterios dependientes del paciente (por sus antecedentes, su situación clínica o su situación psicoemocional), dependientes de la familia y el entorno o dependientes de las organizaciones sanitarias.

Se incluyen así seis criterios de complejidad psicoemocional, tres de ellos considerados de alta complejidad: riesgo de suicidio, solicitud de adelantar el proceso de muerte y angustia existencial o sufrimiento espiritual. La presencia de alguno de ellos indica la necesidad de la derivación del paciente a un recurso avanzado o específico de cuidados paliativos. Otros tres criterios de necesidad de atención psicoemocional son considerados de complejidad (conflicto comunicación entre paciente y familiares, conflicto comunicación entre paciente y equipo terapéutico y afrontamiento emocional desadaptativo), y la necesidad de derivación queda a criterio del profesional que atiende al paciente.



Como fuentes de información se utilizan registros clínicos de cada centro y entrevistas a los profesionales sanitarios con responsabilidad asistencial para la cumplimentación del instrumento.

Previo a la recogida de datos, el paciente fue informado del estudio por el equipo asistencial habitual para la obtención del consentimiento informado. Toda la información obtenida durante el estudio ha sido tratada según la regulación de la legislación nacional e internacional de confidencialidad de los datos.

El proyecto cuenta con el informe favorable de los comités éticos de investigación clínica de todos los centros participantes. Se obtuvo también el aval científico de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD).

Para la evaluación estadística de los datos se ha utilizado el paquete estadístico IBM SPSS Statistics, versión 22.

RESULTADOS

La muestra fue de 266 pacientes con necesidad de atención paliativa, de los cuales 151 (57 %) eran hombres y 115 mujeres (43 %). La edad media de la muestra fue de 71,48 años (DE = 13,28). Al realizar la prueba de Kolmogorov-Smirnov se observa una distribución normal de la edad. La puntuación media en la escala Palliative Performance Status (PPS) fue del 50 %.

La mayoría de los pacientes presentaban al menos un criterio de alta complejidad en el instrumento IDC-Pal debido a cualquier causa (dependientes del paciente, de la familia y el entorno o de las organizaciones sanitarias), por lo que se considera que precisan cuidados paliativos avanzados o específicos.

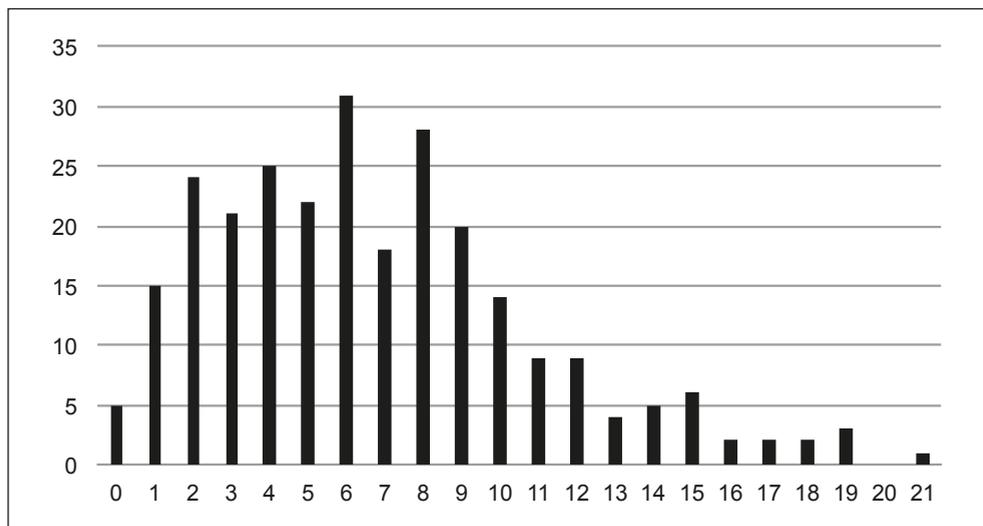
TABLA 1
Frecuencia del nivel de complejidad por cualquier causa

<i>Tipo de complejidad</i>	<i>Número de pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
Altamente complejo	228	85,7 %
Complejo	33	12,4 %
No complejo	5	1,9 %



La media de criterios por paciente fue de 6, con un rango entre 0 y 21. En la figura 1 se muestra, en el eje de ordenadas, el número de pacientes, y en el eje de abscisas el número de criterios de complejidad o alta complejidad.

FIGURA 1
Número de criterios de complejidad o alta complejidad por paciente



Prestando atención únicamente a aquellos elementos de la esfera psicoemocional, 115 pacientes (47 %) presentaban al menos un criterio de complejidad.

TABLA 2
Frecuencia del nivel de complejidad relacionada con la esfera psicoemocional

<i>Complejidad psicoemocional</i>	<i>Número de pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
Altamente complejo	69	25,9 %
Complejo	56	21,05 %
No complejo	141	53 %

En la tabla 3 se presenta la frecuencia de los elementos de complejidad de la esfera psicoemocional para cada uno de los ocho hospitales participantes



en el estudio. Las pruebas de significación estadística realizadas no mostraron diferencias entre sexos.

TABLA 3

Frecuencia de variables psicoemocionales de complejidad o alta complejidad por hospital

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	Total
Riesgo de suicidio	1	0	1	0	1	0	0	0	3
Paciente solicita adelantar el proceso de muerte	0	0	0	1	4	0	1	0	6
Angustia existencial o sufrimiento espiritual	15	1	5	10	16	5	13	3	68
Conflicto comunicación entre paciente y familiares	9	1	9	6	15	4	6	1	51
Conflicto comunicación entre paciente y equipo terapéutico	9	4	10	3	11	4	5	2	48
Paciente presenta afrontamiento emocional desadaptativo	7	3	6	6	9	2	2	3	38
N.º de pacientes por hospital	63	25	18	29	58	23	38	12	266

H*: Servicio o unidad de hospitalización a domicilio anonimizado.

DISCUSIÓN

Respecto a las fortalezas y limitaciones del estudio, es importante resaltar que se trata del primer estudio multicéntrico realizado en España en hospitalización a domicilio utilizando el instrumento IDC-Pal. Han participado equipos de distintas comunidades autónomas (Cataluña, Euskadi, Galicia y Comunidad Valenciana), cada uno de ellos está integrado en la red asistencial propia de su entorno y que da cobertura tanto a zonas urbanas como rurales y a distintos grupos poblacionales. A pesar de la heterogeneidad de la muestra, al haberse alcanzado un tamaño muestral notable se debe considerar este estudio como punto de partida para ulteriores investigaciones.

Otra de las limitaciones con las que nos encontramos en el estudio es su corta duración cronológica. La muestra se recogió a lo largo de tres meses de forma simultánea, por lo que puede existir un sesgo de selección en la estacionalidad de la patología observada. Al haberse efectuado la recogida de los



datos de forma transversal en un único momento al ingreso del paciente, no es posible observar un proceso evolutivo completo de la patología observada y de los cambios psicoemocionales y espirituales que van experimentando los pacientes que pueden llegar a ser considerablemente más largos que el propio estudio.

La valoración multidimensional de la persona es imprescindible. Una de las tareas más complejas del personal asistencial consiste en evaluar la esfera psicoemocional²³. Cada persona afronta su enfermedad de diferente forma. Determinar cuáles son los factores de riesgo a nivel emocional requiere dedicación, y conocer conjuntamente las demás dimensiones del paciente. Por ello, en este estudio, se pretende identificar los factores de complejidad^{24,26}.

Existen estudios que tratan de describir estos criterios como “El valor del Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos para identificar la complejidad en pacientes tributarios de cuidados paliativos”. Describe la complejidad en pacientes de cuidados paliativos en Sevilla a través del IDC-Pal, observando el servicio sanitario dado. Compara la presencia de complejidad en los pacientes dependiendo de si son tratados por un equipo sanitario especializado en cuidados paliativos o no²⁷.

En el estudio comparativo, se obtiene una complejidad semejante tanto si el paciente es tratado por un equipo sanitario especializado en cuidados paliativos como si no lo es. Por lo tanto, se está haciendo un mal uso de los recursos sanitarios con respecto a la complejidad de los pacientes. La utilización del IDC-Pal podría solucionar esta carencia, determinando la necesidad de ingreso de dichos enfermos en áreas adecuadas de hospitalización.

En la esfera psicoemocional ambos estudios muestran una elevada complejidad en este tipo de pacientes. En el estudio comparativo, cuanto mayor es la muestra mayor cantidad de personas muestran dicha área afectada. Tras la comparación de los seis criterios que integran la esfera psicoemocional, se puede observar que ambos estudios coinciden en que el criterio que se presenta con mayor frecuencia es el de “sufrimiento espiritual”. E. Casell define el sufrimiento como “un estado específico de distrés que ocurre cuando la integridad de la persona está amenazada o rota. Continúa hasta que la amenaza desaparece o la integralidad es restaurada”²⁸.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación ponen de manifiesto la importancia y la repercusión que el sufrimiento espiritual genera en los pa-



cientes, fenómeno que ha sido mencionado por autores citados anteriormente como Christina Puchalski, los cuales promueven la atención de la parte trascendental de la persona, valorándola desde un punto de vista multidimensional²¹.

Gómez García evidencia la importancia que tiene poder definir y delimitar qué es la complejidad, ayudando a la clasificación de los pacientes⁵. En consecuencia, ser conocedores de la relación que existe entre las variables complejidad y sufrimiento espiritual nos permite contribuir a la definición de qué es la complejidad en sí misma, y así favorecer y acercar unos cuidados concretos sobre aquellos pacientes que experimenten el sufrimiento espiritual. Del mismo modo, la relación de dependencia presente entre las variables número de elementos de alta complejidad y número de pacientes con sufrimiento espiritual nos lleva a delimitar, de forma más exhaustiva y precisa, la complejidad y las necesidades que presentan los pacientes²⁵.

El IDC-Pal es el motor de nuestro estudio y es una herramienta que debe estar integrada en el sistema de salud. Encontramos otros cuestionarios como el SPICTM²².

La adaptación y validación de esta herramienta al castellano (SPICT-ES-TM) se está llevando a cabo. Los resultados revelan que a más del 90 % de los participantes les parecía sencillo de cumplimentar el cuestionario, con un tiempo medio para aplicarlo sin conocimiento previo de 4 minutos y 45 segundos. Dichos datos nos hacen plantear la existencia de la necesidad actual de tener herramientas de fácil aplicación a nivel asistencial, favoreciendo su uso y contribuyendo a conocer cuáles son las necesidades reales de atención paliativa que presentan los pacientes.

AGRADECIMIENTOS

A todos los participantes en el Estudio PALIHADO, especialmente a los investigadores principales de cada centro, pertenecientes al Grupo de Trabajo en Cuidados Paliativos de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD): Charo Baydal Cardona (Hospital de Denia, Alacant), Josu Irurzun Zuazabal (Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Bizkaia), Arántzazu García Martínez (Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo), Laia Villegas



Bruguera (Hospital Dos de Maig, Barcelona), Montserrat Gómez Rodríguez de Mendarozqueta (Hospital Universitario Araba, Araba), Itxaso Bengoetxea Martínez (Osi Barrualde Hospital Galdakao Usansolo, Galdakao, Bizkaia) y M.^a José Moreno Vázquez (Hospital Xàtiva-Ontinyent, Xàtiva Valencia).

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín-Roselló ML, Fernández-López A, Sanz-Amores R, Gómez-García R, Vidal-España F, Cia-Ramos R. IDC-Pal (Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos). Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales. Fundación Cudeca. Disponible en: <<http://www.juntadeandalucia.es/salud/IDCPal>> y <<http://goo.gl/dVZh3l>>.
2. Hanson MJ, Callahan D. *The Goals of Medicine: The forgotten issues in health care reform*. Georgetown University Press, Washington DC, 1999.
3. Beca P. *Los fines de la Medicina: Nuevas Prioridades. Los Cuatro Fines de la Medicina* [Doctor]. Facultad de Medicina CAS - UDD. 2004.
4. Bruena E, de Lima L, Pettus K, Puchalski C, Luyirika E, Yong S et al. PALLIFE [Internet]. *Academyforlife.va*.
5. Pask S, Pinto C, Bristowe K, van Vliet L, Nicholson C, Evans C, et al. A framework for complexity in palliative care: A qualitative study with patients, family carers and professionals. *Palliative Medicine*. 2018;1-3, 5-8.
6. Estrada Cuxart O, Massa Domínguez B, Ponce González MA, Mirón Rubio M, Torres Corts A, Mujal Martínez A, et al. Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España. *Hosp Domic*. 2017; 1(2):93-117.
7. Sanz Ortiz J, Gómez Batiste X, Gómez Sancho, Núñez Olarte JM. *Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
8. López Imedio E. *Enfermería en cuidados paliativos*. 1.^a ed. Madrid, Médica Panamericana; 2003:12-14; 31-34.



9. OMS. Cuidados paliativos [Internet]. *Who.int*. 2018. Disponible en: <<http://www.who.int/cancer/palliative/es/>>. Citado el 10 de diciembre de 2017.
10. Toquero de la Torre F, Zarco Rodríguez J, Sánchez del Corral Usaola F, Esteban Sobreviela J, Ramírez Puerta D. *Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria*. Madrid, International Marketing & Communications. 2005.
11. Hospitalización Domiciliaria - IVO - Instituto Valenciano de Oncología [Internet]. IVO - Instituto Valenciano de Oncología. 2018. Disponible en: <<http://www.ivo.es/profesionales/hospitalizacion-domiciliaria/>>. Citado el 15 de enero de 2018.
12. González A, Fernández C, García G, Amigo I, Arce C, Padierna C, et al. Control de síntomas en pacientes oncológicos terminales ingresados en Hospitalización domiciliaria. *Psicooncología*. 2005; 2(1):3-20.
13. Gómez Batiste X, Tuca Rodríguez A, Codorniu Zamora N, Espinosa Rojas J. Criterios de complejidad de enfermos avanzados y terminales e intervención de equipos específicos de Cuidados Paliativos. Disponible en: <<http://www.iconcologia.net>>.
14. Salvador Comino M, Garrido Torres N, Perea Cejudo I, Martín Roselló M, Regife García V, Fernández López A. El valor del Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos para identificar la complejidad en pacientes tributarios de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*. 2017; 24(4):196-203.
15. Martín Utrilla S, Villasana Sarabia A, Mancheño Antonio, AP. Diagnóstico de la complejidad de la atención paliativa en hospitalización a domicilio versus hospitalización convencional. *Terapeia*, 8:31-45. Julio de 2016.
16. Marco Amigot J. *Análisis de la complejidad asistencial y de la utilidad del Intermed en una unidad domiciliaria de cuidados paliativos* [Doctorado]. Universidad de Zaragoza. 2002.
17. Bayés R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. 2.^a ed. Barcelona, Martínez Roca, S. A.. 2001:56-83.
18. Boston P, Puchalski C, O'Donnell J. American Association for Cancer Education Membership Perspectives of Spirituality in Cancer Education. *Journal of Cancer Education*. 2006; 21(1):8-13.



19. Gómez R. *I Simposium andaluz sobre procesos de fin de vida, cuidados paliativos y atención al duelo*. Presentation presented at 2015. Granada.
20. Esteban-Pérez M, Grau I, Castells Trilla G, Bullich Marín Í, Busquet Duran X, Aranzana Martínez A, et al. Complejidad asistencial en la atención al final de la vida: criterios y niveles de intervención en atención comunitaria de salud. *Medicina Paliativa*. 2015; 22(2):69-80.
21. Puchalski Christina M. *The spiritual dimension: the healing force for body and mind*.
22. Fachado A, Martínez N, Roselló M, Ria J, Oliver E, García R, et al. Spanish adaptation and validation of the supportive & palliative care indicators tool -SPICT-ES™. *Revista de Saúde Pública*. 2018; 52:3.
23. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. [Online]. 2014. Disponible en: <<http://www.secpal.com>>.
24. *Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo*. [Online]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/opsc_est7.pdf.pdf>.
25. National Cancer Institute. [Online]. Disponible en: <<https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>>. Citado el 20 de septiembre de 2016.
26. Gómez Batiste X, et al. *Criterios de complejidad de enfermos avanzados y terminales e intervención de equipos específicos de cuidados paliativos*. [Online]. 2011.
27. Salvador Comino MR, Garrido Torres N, Perea Cejudo I, Martín Roselló ML, Regife García V, Fernández López A. El valor del Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos para identificar la complejidad en pacientes tributarios de cuidados paliativos. *ELSERVIER*. 2016; 24(2). Enero.
28. Benito E, Barbero J, Payás A. *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Disponible en: <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_9.pdf>. Citado el 28 de mayo de 2017.

