

Programa:

**MAESTRÍA UNIVERSITARIA EN ESTUDIO Y ABORDAJE
INTEGRAL DEL DOLOR**

(MEDICINA, FARMACIA, FISIOTERAPIA Y ENFERMERÍA)

1ª edición

**Título propio de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
(ULPGC)**



Organiza:

AULA INTERDISCIPLINAR



“MAESTRÍA UNIVERSITARIA EN ESTUDIO Y ABORDAJE INTEGRAL DEL DOLOR”

1. Justificación

El dolor es un serio problema que presenta distintas consecuencias (familiares, laborales, sociales, económicas, etc.) e importante prevalencia e impacto. Es un problema que preocupa mucho a la población y a los profesionales que se ocupan de su estudio y atención.

En la historia de la Medicina hay numerosísimos episodios de la lucha del hombre contra el dolor. En el Antiguo Egipto, el Papiro de Ebers (1550 a.C.) describe con gran detalle el empleo del opio como tratamiento para las cefaleas del dios Ra; durante los años 400-700 a. C. los incas peruanos tenían la creencia de que la hoja de coca representaba un regalo de Manco Capac, hijo del dios del Sol, en compensación por todo el sufrimiento humano, empaquetándolas y aplicándolas a la herida, en forma de anestesia. Hipócrates combatía el dolor haciendo uso de la "*spongia somnifera*" (esponja soporífera), una esponja de mar impregnada con una preparación de opio, beleño (actualmente llamada escopolamina) y mandrágora. El uso de la miel de mocán (chacerquem) por los guanches canarios para aliviar el pertinaz dolor de costado (neumonía o pleuresía), que era la enfermedad más común que les aquejaba. El sin par Leonardo da Vinci hace una descripción anatómica de los nervios en el cuerpo humano y los relaciona directamente con el dolor, confirmando así la teoría galénica sobre el cerebro como motor central del dolor.

La aparición de la anestesia moderna en el siglo XIX: la morfina en 1827, el uso del éter por el dentista norteamericano Long en 1842, o el éter sulfúrico por Morton en 1846, la creación de la aspirina en 1899 por Félix Hofmann son unos de los hitos de la ciencia humana para evitar o paliar el dolor. Ya en el siglo XX, la fenolización, los bloqueos peridurales lumbares realizados por el cirujano español Fidel Pagés, la primera unidad dedicada al tratamiento del dolor en el Madigan Army Hospital en Tacoma, Washington, etc., etc., son hitos científicos que persiguen el tratamiento eficaz del dolor. En España, el tratamiento del dolor, como unidad independiente, se inicia a partir de 1966 de la mano del Dr. Madrid Arias que, tras su especialización con J. Bonica, comienza sus actividades en el seno del Servicio de Anestesiología y Reanimación de la Clínica de la Concepción, Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

Es el síntoma más prevalente en pacientes que solicitan consejo médico y es uno de los principales problemas en salud pública por su repercusión socioeconómica. Por la gran magnitud del problema, la OMS considera el alivio del dolor como uno de los derechos humanos fundamentales.

Constituye también una llamada de atención para los profesionales de la salud. Por un lado, hay que tener en cuenta que, a nivel español, diferentes publicaciones apuntan a que más de la mitad de los pacientes ingresados sufren dolor y tan solo son efectivos la mitad de los tratamientos analgésicos. Según un estudio realizado en hospitales públicos andaluces, en España, publicado en el año 2014, se concluye que la presencia de dolor en los pacientes ingresados en nuestra población de estudio es alta y que es

esencial impulsar las actuaciones necesarias para mejorar el tratamiento del dolor, tanto agudo como crónico.

Por otro lado, pretendemos derribar la falta de comunicación de los profesionales con los pacientes y la necesidad de comprender los procesos a los que están sometidos e intervenir activamente con métodos adecuados que proporcionen un alivio del dolor, insistiendo en el término “alivio”, pues la individualización es fundamental, ya que, como se verá a través de estas páginas, el dolor –entre ellos el postoperatorio– tiene unas características propias.

Es necesario que el médico, general o de cualquier otra especialidad, tenga las herramientas prácticas para manejar adecuadamente el dolor de sus pacientes, en el ambiente hospitalario postoperatorio y en el ambulatorio. Estudios publicados afirman que la retroalimentación positiva (empática) fue capaz de reducir la percepción de la intensidad del dolor, de acuerdo con modelos teóricos previos y estudios experimentales, mientras que la retroalimentación negativa (poco comprensiva) no indujo cambios consistentes en los informes de intensidad del dolor.

Igualmente, es fundamental contar con un mayor papel de las enfermeras en el tratamiento general del dolor y el resultado postoperatorio: el cuidado de enfermería debe reconocer la presencia de la experiencia dolorosa del paciente, escuchar atentamente y evaluar los factores que la condicionan. Con la familia se debe trabajar desde el primer momento con el objetivo de que constituya un apoyo en el tratamiento del paciente. Desterrar conceptos erróneos sobre el dolor y los analgésicos, evitar juicios de valor sobre la veracidad o no de las quejas, explicar el significado del dolor, ayudar a planificar las actividades de acuerdo con las limitaciones y/o reduciendo las incomodidades, en definitiva, transmitir apoyo y consejo profesional que faciliten la obtención de los máximos niveles de autonomía y confortabilidad posibles para el paciente con el menor coste de salud en el entorno familiar.

A pesar del amplio conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de la producción del dolor y de la disposición que existe en estos momentos de fármacos efectivos, el dolor en los pacientes a día de hoy es valorado y tratado de una forma poco adecuada. Por todo ello, es crucial concienciar y sensibilizar a los profesionales sanitarios en el uso de escalas adecuadas que permitan llevar a cabo la valoración correcta del dolor, aunque a veces hacerlo va a ser complicado; de todas formas, es un requisito necesario intentar que ningún paciente presente una valoración superior a 3 en la Escala Visual Analógica y/o Escala Verbal Numérica del Dolor.

Esta realidad es la que lleva a plantear la necesidad de una Maestría sobre el Estudio y abordaje integral del dolor.

2. Objetivos

La Maestría Universitaria en Estudio y abordaje integral del dolor tiene como objetivo general: “Dar a conocer las características fundamentales de los distintos tipos de dolor, sus consecuencias y cómo estudiarlos y abordarlos de forma integral”.

Los objetivos específicos vienen expresados al inicio de cada capítulo.

3. Acceso y admisión de estudiantes

Los aspirantes deben poseer el título universitario de grado o equivalente al mismo que le permita su acceso a los estudios de Maestría de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las áreas de conocimiento iniciales son: Medicina, Farmacia, Fisioterapia y Enfermería.

El proceso a seguir por los profesionales interesados será el siguiente:

- Ingresar a la página Web de AULA INTERDISCIPLINAR SL (<https://www.aulainterdisciplinar.com/preinscripcion-maestria>), seleccionar la Maestría correspondiente en el recuadro desplegable y cumplimentar la solicitud de preinscripción y reserva de plaza. Este acceso debe realizarse desde un ordenador (no es válido desde dispositivos móviles).
- Seguidamente, se envía un correo simultáneamente a las cuentas: info@aulainterdisciplinar.com y emilia@aulainterdisciplinar.com, indicando que se ha realizado la preinscripción y la reserva de plaza.
- Esta solicitud se somete a la valoración de la Comisión Académica, formada por miembros de la ULPGC y de AULA INTERDISCIPLINAR SL (respetándose siempre el orden de preinscripción), que es quien aprueba la misma. Una vez aprobada la solicitud, se le comunica al profesional. En la semana siguiente, la persona admitida debe ingresar la primera cuota de reserva de plazas, que asciende a 300 euros (más adelante se detallan las características del pago fraccionado, que no supone costes adicionales). En ese momento, el interesado o la interesada deben acceder también a una página de la Universidad, que se le indicará en su momento (para cumplimentar los datos conforme al modelo que tiene la referida institución).

Es muy importante que siempre se revise el correo spam, ya que, al tratarse de nuevas direcciones, es probable que algunos correos lleguen a esa carpeta.

Una vez cubiertos estos requisitos, ya queda en condiciones de acceder al campus virtual para iniciar la Maestría (o sea, puede comenzar los estudios antes de la fecha oficial señalada, con lo que ganan tiempo).

4. Plan de estudios

El plan de estudios de la Maestría se estructura en 19 asignaturas teóricas y una asignatura práctica (la 20), que se corresponde con el Trabajo Final de Maestría (del que se aportan algunos ejemplos al final de este cuaderno y otros durante el proceso formativo).

5. Contenidos/Créditos

Cada profesional recibirá los contenidos a través del campus y puede descargarlos a su dispositivo. Algunos capítulos pueden sufrir variación en su denominación. Además de este material, recibirán otros contenidos complementarios a través del campus virtual (anuncios y enlaces, fundamentalmente), que no son motivo de examen, pero que pueden ser muy útiles para los profesionales que desarrollen el curso. Las asignaturas, capítulos, créditos ECTS (Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos) y horas se resumen en la siguiente tabla (estas asignaturas y capítulos sí son motivos de examen):

Contenidos desarrollados para profesionales de la Medicina, la Farmacia, la Fisioterapia y la Enfermería (asignaturas y capítulos)	ECTS	Horas
1. ASPECTOS GENERALES EN EL ABORDAJE DEL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR	6,8	170
1. Historia del dolor. Aspectos psicosociales	1	25
2. Fundamentos de dolor. Historia. Definición. Repercusiones económicas. Epidemiología. Clasificación	0,3	7,5
3. Neuroanatomía y fisiología del dolor	0,5	12,5
4. Métodos diagnósticos del dolor. Diagnóstico mediante imagen	1,5	37,5
5. Abordaje integral del dolor: historia clínica, clasificación, evaluación, prevalencia.	0,9	22,5
6. Aspectos psicosociales asociados al dolor crónico: una revisión	0,7	17,5
7. Sensibilización central y periférica. Genética y dolor	0,5	12.5
8. Unidades del dolor: estándares de gestión. Definición y tipos de las Unidades del Dolor. Cartera de servicios	0,3	7,5
9. Interrelación entre Atención Primaria y las Unidades del Dolor	0,6	15
10. Programas institucionales de Dolor. Proceso del dolor.	0,5	12,5

2. INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA DEL DOLOR	1,7	42,5
1. El estado de la docencia en dolor en Latinoamérica y en España	0,7	17,5
2. Fuentes de información científica. Herramientas y recursos en internet	0,4	10
3. Metodología de investigación	0,3	7,5
4. El dolor en la medicina basada en la evidencia	0,3	7,5
3. FARMACOLOGÍA DEL DOLOR	5,2	130
1. Historia del tratamiento farmacológico del dolor	0,5	12,5
2. Farmacología de los analgésicos periféricos	0,5	12,5
3. Farmacología de los opioides débiles y potentes	0,4	10
4. Cambio (rotación) de opioides	0,3	7,5
5. Complicaciones de los opioides potentes en tratamientos a largo plazo. Tolerancia y adicción. Conducción y consumo de drogas	0,5	12,5
6. ¿Son todos los opioides iguales? Opioides típicos y atípicos	0,5	12,5
7. Uso, mal uso y abuso de opioides en el tratamiento del dolor	0,5	12,5
8. Epidemia de opioides en USA. Situación española y latinoamericana	0,5	12,5
9. Coadyuvantes en el tratamiento del dolor crónico	1	25
10. Interacciones farmacológicas en analgésicos	0,5	12,5
4. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	3,2	80
1. Manejo psicológico del dolor crónico: abordaje, evaluación y tratamiento	0,6	15
2. La relajación en el control del dolor: técnicas y aplicaciones	0,9	22,5
3. La medicina de rehabilitación y su rol en el dolor crónico	0,6	15
4. Acupuntura en el tratamiento del dolor	0,5	12,5

5. Tens, electromagnetismo y láser de alta intensidad	0,6	15
5. DOLOR CRÓNICO I. DOLOR MÚSCULO-ESQUELÉTICO	4,1	102,5
1. Dolor músculo-esquelético. Epidemiología, tipos y clasificación	0,4	10
2. Tratamiento farmacológico del dolor músculo-esquelético. Eficacia de los opioides	0,4	10
3. Cuadros clínicos músculo-esqueléticos. Artrosis, artritis: patologías particulares	0,7	17,5
4. Cervicalgia: radiculopatía cervical, dolor facetario y latigazo cervical	0,7	17,5
5. Fibromialgia	1,1	27,5
6. Dolor por lesiones deportivas	0,8	20
6. DOLOR CRÓNICO II. DOLOR NEUROPÁTICO	3,7	92,5
1. Fisiopatología del dolor neuropático. Planteamientos generales. Diagnóstico. Pruebas complementarias. Estrategia terapéutica general	1,1	27,5
2. Neuralgias inducidas por enfermedades virales: neuralgia post-herpética, SIDA. Neuropatía diabética y neuralgia del Trigémino	0,7	17,5
3. Neuropatías periféricas secundarias. Lesiones traumáticas o tóxicas ocasionadas por químicos y por radiación. Lesiones del plexo braquial. Síndrome del miembro fantasma	0,6	15
4. Síndrome de dolor regional complejo, conceptos actuales y opciones de tratamiento. Síndrome de dolor regional complejo en niños: un enfoque multidisciplinario e invasivo	0,7	17,5
5. Técnicas invasivas en dolor neuropático	0,6	15
7. DOLOR CRÓNICO III. CEFALIAS Y ALGIAS FACIALES	2,4	60
1. Cefaleas y algias faciales: epidemiología, clasificación, criterios diagnósticos. Diagnóstico diferencial	0,8	20
2. Migraña: cefalea crónica. Cefalea tensional	0,6	15

3. Cefalea en racimos	0,3	7,5
4. Tratamiento de las cefaleas primarias	0,7	17,5
8. DOLOR CRÓNICO IV. DOLOR RAQUÍDEO	4,1	102,5
1. Lumbalgia: definición y clasificación. Epidemiología y evaluación	0,5	12,5
2. Dolor facetario lumbar: síndrome facetario	0,7	17,5
3. Dolor discogénico y dolor sacro-iliaco	0,9	22,5
4. Dolor lumbar en el síndrome de cirugía fallida de columna	1,5	37,5
5. Algoritmo terapéutico intervencionista en lumbalgias y lumbociatalgias	0,5	12,5
9. OTROS TIPOS DE DOLOR CRÓNICO	1,9	47,5
1. Dolor miofascial: definición y examen diagnóstico. Posibilidades de tratamiento. Bloqueos musculares profundos. Utilización de la toxina botulínica	0,4	10
2. Dolor vascular periférico: clínica y posibilidades de tratamiento	0,3	7,5
3. Dolor visceral y abdominal. Dolor secundario a pancreatitis crónica	0,5	12,5
4. Dolor pélvico crónico: diagnóstico. Diagnóstico diferencial. Tratamiento. Neuralgia del pudendo	0,7	17,5
10. DOLOR CRÓNICO: MANEJO ESPECIALIZADO MEDIANTE TÉCNICAS INVASIVAS. BLOQUEOS NERVIOSOS	4,5	112,5
1. Técnicas de analgesia loco-regional en el tratamiento del dolor	0,5	12,5
2. Fundamentos de la ecografía aplicada en el tratamiento del dolor crónico: metodología de exploración	0,5	12,5
3. Bloqueos de nervio periférico para dolor articular	0,2	5
4. Inyección epidural de esteroides a nivel cervical	0,2	5

5. Inyección epidural de esteroides a nivel lumbosacro (acceso translaminar, transforaminal y caudal)	0,4	10
6. Bloqueo del plexo celiaco, nervios espláncnicos, plexo, plexo hipogástrico y cadena simpática lumbar	0,5	12,5
7. Bloqueo de los nervios espláncnicos, intercostales, supraclaviculares, ilioinguinal e iliohipogástrico, femorocutáneo lateral, obturado, femoral y geniculados	0,7	17,5
8. Bloqueo de facetas cervicales y del nervio occipital	0,3	7,5
9. Bloqueo de ganglios: Gasser, esfenopalatino e impar	0,8	20
10. Bloqueo del ramo medial del GRD torácico y lumbar	0,4	10
11. DOLOR CRÓNICO: MANEJO ESPECIALIZADO MEDIANTE RADIOFRECUENCIA (RF)	3	75
1. Diferencias entre la Rf pulsada y la Rf convencional	0,4	10
2. Radiofrecuencia nervios periféricos y grandes articulaciones	0,4	10
3. Técnicas de radiofrecuencia aplicadas a nivel de las estructuras del raquis y del disco. Radiofrecuencia aplicada al dolor crónico periférico	0,6	15
4. Radiofrecuencia en el tratamiento del dolor visceral: Rf del plexo celiaco, simpático lumbar, hipogástrico	0,5	12,5
5. Bloqueo del nervio occipital mayor y menor con radiofrecuencia. Rf de las facetas cervicales	0,3	7,5
6. Radiofrecuencia de los ganglios de Gasser, estrellado, esfenopalatino e impar	0,3	7,5
7. Radiofrecuencia del ramo medial de la rama posterior de raíces torácicas y lumbares. Radiofrecuencia del ganglio de la raíz dorsal (GRD) de las raíces lumbares y sacras	0,5	12,5

12. DOLOR CRÓNICO: MANEJO ESPECIALIZADO MEDIANTE TRATAMIENTOS DISCALES	1,4	35
1. Técnicas intradiscales	0,5	12,5
2. Procedimientos de cementación vertebral: vertebroplastia y cifoplastia	0,5	12,5
3. Epiduroscopia y adhesiolisis	0,2	5
4. Ozonoterapia	0,2	5
13. DOLOR CRÓNICO: MANEJO ESPECIALIZADO MEDIANTE NEUROMODULACIÓN	2,7	67,5
1. Infusión espinal en el tratamiento del dolor crónico. Sistemas y fármacos	0,8	20
2. Técnicas de neuroestimulación central y periférica: historia, mecanismos de acción, indicaciones, técnicas de implante, programación y complicaciones	0,5	12,5
3. Estimulación del ganglio de la raíz dorsal	0,8	20
4. Técnicas nequirúrgicas en el paciente con dolor refractario	0,6	15
14. DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO: GENERALIDADES Y SÍNDROMES MÁS FRECUENTES	3,1	77,5
1. Visión global del tratamiento farmacológico en el paciente oncológico. Escalera analgésica de la OMS	0,4	10
2. Síndromes dolorosos más complejos en el paciente oncológico	0,9	22,5
3. Dolor en el paciente oncológico superviviente al cáncer. posibilidades de tratamiento	0,9	22,5
4. Dolor durante el abordaje radioterápico en el tratamiento del cáncer	0,4	10
5. ¿Cuándo, cómo y dónde deben usarse las técnicas intervencionistas en dolor oncológico?	0,5	12,5
15. DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO	2,9	72,5
1. Dolor agudo postoperatorio	0,6	15

2. Tratamiento del dolor postoperatorio en la esfera hospitalaria y seguimiento ambulatorio	0,8	20
3. Dolor crónico postquirúrgico	0,4	10
4. Equipos y organización de tratamiento del dolor agudo postoperatorio	0,5	12,5
5. Papel de la enfermería en el tratamiento y el seguimiento del dolor agudo postoperatorio	0,6	15
16. DOLOR EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS	1,9	47,5
1. Dolor en urgencias y emergencias. Características y epidemiología. Protocolos de actuación	0,5	12,5
2. Dolor en el área de urgencias: músculo-esquelético, visceral, otros cuadros	0,7	17,5
3. Analgesia en el paciente politraumatizado	0,3	7,5
4. Dolor en el paciente quemado: un abordaje integral enfocado en el gran quemado	0,4	10
17. DOLOR EN POBLACIONES FRÁGILES	1,7	42,5
1. Dolor en el adulto mayor: epidemiología. percepción del dolor en el anciano. Principios generales de tratamiento del dolor en el anciano	0,6	15
2. Dolor en el paciente pediátrico. Evaluación del dolor. Principios generales del tratamiento del dolor agudo y crónico en pediatría	0,5	12,5
3. Dolor en pacientes con limitación/discapacidad intelectual	0,6	15
18. DOLOR IRRUPTOR	0,4	10
1. Dolor irruptor: conceptos, definiciones, manejo clínico, protocolos terapéuticos	0,4	10
19. TRATAMIENTO DEL DOLOR Y MEDIDAS DE SOPORTE AL FINAL DE LA VIDA	8,6	215
1. Bases para el control de síntomas y el uso de fármacos en dolor oncológico	0,4	10

2. Cuidados Paliativos: manejo de la sedación terminal y paliativa	0,5	12,5
3. Apoyo emocional a los enfermos y a sus familiares al final de la vida	0,8	20
4. Satisfacción de las necesidades psicosociales y espirituales al final de la vida	0,7	17,5
5. Aspectos emocionales y del sufrimiento al final de la vida	0,8	20
6. Uso de los opioides en pacientes con dolor en enfermedad avanzada	0,8	20
7. El rol de enfermería en el alivio del dolor y cuidados paliativos pediátricos	0,7	17,5
8. Intervención psicosocial ante la pandemia de covid-19	0,4	10
9. Los niños y la muerte	1,3	32,5
10. Tratamiento del dolor en Cuidados Paliativos infantiles	0,9	22,5
11. El cuidador de personas con enfermedades crónicas y dolor: un problema emergente	0,5	12,5
12. Aspectos éticos en el tratamiento del dolor al final de la vida	0,5	12,5
13. El dolor en las artes plásticas	0,3	7,5
20. TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA	9	225
TOTAL CRÉDITOS Y HORAS	72,3	1807,5

6. Dirección académica

La presente Maestría será dirigida por los siguientes profesionales:

- **DON MANUEL JESÚS RODRÍGUEZ LÓPEZ.** Dr. en Medicina. Especialista en Anestesiología y Reanimación. Profesor del Máster sobre Dolor de la Sociedad Española del Dolor. Ex-Profesor asociado de la Facultad de Medicina, en la Cátedra de Farmacología de la Universidad de Málaga. Ex-Jefe de Sección de la Unidad de Tratamiento del Dolor del Hospital Regional Universitario “Carlos Haya”, de Málaga. Ex-Representante de la Sociedad Española del Dolor con Ibero-América.
- **DON MARCOS GÓMEZ SANCHO.** Doctor en Medicina. Ex-presidente de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial de España (OMC). Ex-director de

la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín de Las Palmas de Gran Canaria, Ex-presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Pionero de los Cuidados Paliativos en España. Autor y coautor de numerosas publicaciones relacionadas con los Cuidados Paliativos. Asesor de Cuidados Paliativos de distintos países. Las Palmas de Gran Canaria. España.

- **DON MANUEL OJEDA MARTÍN.** Doctor en Medicina y Cirugía. Profesor de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Jefe de la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital Doctor Negrín de las Palmas de Gran Canaria. Pionero de los Cuidados Paliativos en España junto al Dr. Gómez y su equipo. Autor y coautor de varias publicaciones relacionadas con los Cuidados Paliativos.

7. Profesorado

El material de la Maestría ha sido elaborado por cerca de 130 profesionales de distintas áreas de conocimiento. La mayor parte de ellos intervienen también como profesorado para la atención de aquellas dudas que no puedan ser atendidas por la Comisión Académica.

Inicialmente, el profesorado previsto es el siguiente (pueden ver su currículum en los capítulos en los que participan):

Adrián Felipe Parra. Dr. en Medicina y Cirugía.

Agustín Espejo García. Dr. en Medicina y Cirugía.

Alejandro Barroso González. Dr. en Medicina y Cirugía.

Alicia Alonso Cardaño. Dra. en Medicina y Cirugía.

Ana Laura Schwartzmann Bruno. Dra. en Medicina y Cirugía.

Ana María Zapardiel Lancha. Dra. en Medicina y Cirugía.

Andrea Graña Fernández López. Dra. en Medicina y Cirugía.

Andrés Felipe Mantilla Santamaría. Dr. en Medicina y Cirugía.

Ángela Patricia Abella Palacios. Dra. en Medicina y Cirugía.

Antonio Collado Cruz. Dr. en Medicina y Cirugía.

Antonio Esteban Reyes Rodríguez. Dr. en Medicina y Cirugía.

Augusto Rojas Uruñuela. Dr. en Medicina y Cirugía.

Aurora de la Iglesia López. Dra. en Medicina y Cirugía.

Carlos Goicoechea García. Dr. en Ciencias Biológicas.

Carolina Hernández Porras. Dra. en Medicina y Cirugía.

Cecilio Álamo González. Dr. en Medicina y Cirugía.

César Ramón Cárcamo Quezada. Dr. en Medicina y Cirugía.
Chery Palma Torres. Lic. en Enfermería.
Claudia Andrea Badilla Piñeiro. Lic. en Psicología.
Claudia Droguett Cartagena. Lic. en Psicología.
Claudia Rodríguez Ramírez. Lic. en Psicología.
Consuelo Nieto Iglesias. Dra. en Medicina y Cirugía.
David Abejón González. Dr. en Medicina y Cirugía.
Débora Brigitte Martineau Arteaga. Dra. en Medicina y Cirugía.
Deiene Lasuén Aguirre. Dra. en Medicina y Cirugía.
Diego Bashkansky. Dr. en Medicina y Cirugía.
Edward Rabah Heresi. Dr. en Medicina y Cirugía.
Elías Atencio Samaniego. Dr. en Medicina y Cirugía.
Emilio Blanco Tarrío. Dr. en Medicina y Cirugía.
Esperanza Ortigosa Solórzano. Dra. en Medicina y Cirugía.
Esperanza Regueras Escudero. Dra. en Medicina y Cirugía.
Eva María Monzón Rubio. Dra. en Medicina y Cirugía.
Fabián César Piedimonte. Dr. en Medicina y Cirugía.
Federico Cristiani Halty. Dr. en Medicina y Cirugía.
Felipe Araya Quintanilla. Investigador sociosanitario y de la actividad física.
Fernando Neira Reina. Dr. en Medicina y Cirugía.
Francisco Gómez Armenta. Dr. en Medicina y Cirugía.
Francisco J. Villegas Estévez. Dr. en Medicina y Cirugía.
Francisco Javier Muñoz Jurado. Lic. en Derecho.
Giovanni García Martínez. Dr. en Medicina y Cirugía.
Gloria Elizabeth Zamora Endara. Dra. en Medicina y Cirugía.
Héctor G. Molina-Muñiz. Dr. en Medicina y Cirugía.
Hermann Ribera Leclerc. Dr. en Medicina y Cirugía.
Ignacio Velázquez Rivera. Dr. en Medicina y Cirugía.
Inmaculada Herrador Montiel. Dra. en Medicina y Cirugía.

Jerónimo Herrera Silva. Dr. en Medicina y Cirugía.
Jesús Tornero Molina. Dr. en Medicina y Cirugía.
Joaquín Insausti Valdivia. Dr. en Medicina y Cirugía.
Jorge A. Grau Abalo. Dr. en Psicología.
Jorge Contreras Martínez. Dr. en Medicina y Cirugía.
Jorge Félix Sarango del Águila. Dr. en Medicina y Cirugía.
José Ignacio Calvo Sáez. Dr. en Medicina y Cirugía.
José Manuel González Mesa. Dr. en Medicina y Cirugía.
Josefa Luisa Ortega García. Dr. en Medicina y Cirugía.
Josefina Estefanía Morales Fernández. Lic. en Enfermería.
Juan Carlos de la Pinta García. Dr. en Medicina y Cirugía.
Juan Francisco Mulero Cervantes. Dr. en Medicina y Cirugía.
Juan Romero Cotelo. Dr. en Medicina y Cirugía.
Julián Andrés Vera Campos. Dr. en Medicina y Cirugía.
Kelly San Martín Durán. Dra. en Medicina y Cirugía.
Laureano Delange Segura. Dr. en Medicina y Cirugía.
Leonardo Ruiz Pérez. Trabajador Social.
Leticia Ascencio Huertas. Lic. en Psicología.
Linnen Estefanía Padilla Guerrero. Dra. en Medicina y Cirugía.
Luz Elena Cáceres Jerez. Dra. en Medicina y Cirugía.
Manuel Alberto Sempértegui Gallegos. Dr. en Medicina y Cirugía.
Manuel Jesús Rodríguez López. Dr. en Medicina y Cirugía.
Manuel Jesús Sánchez del Águila. Dr. en Medicina y Cirugía.
Manuel Maynar Moliner. Dr. en Medicina y Cirugía.
Manuel Ojeda Martín. Dr. en Medicina y Cirugía.
Marcos Egón Jara Viertel. Dr. en Medicina y Cirugía.
Marcos Gómez Sancho. Dr. en Medicina y Cirugía.
Margarita Chacón Roger. Dra. en Ciencias de la Salud.
María Cristina Coca Pereira. Lic. en Psicología.

María Cristina Gavilanes Paredes. Dra. en Medicina y Cirugía.
María Dolores López Alarcón. Dra. en Medicina y Cirugía.
María Dolores Rodrigo Royo. Dra. en Medicina y Cirugía.
María Fernanda García Salamanca. Dra. en Medicina y Cirugía.
María Inmaculada Hernández Sanjuán. Dra. en Medicina y Cirugía.
María José Errázuriz Koppmann. Lic. en Enfermería.
María Luisa Franco Gay. Dra. en Medicina y Cirugía.
María Luz Padilla del Rey. Dra. en Medicina y Cirugía.
María Patricia Gómez López. Dra. en Medicina y Cirugía.
María Pilar Acín Lázaro. Dra. en Medicina y Cirugía.
María Pilar Anadón Senac. Dra. en Medicina y Cirugía.
María Pilar García Velasco. Lic. en Enfermería.
María Rosalía de la Torre Liébana. Dra. en Medicina y Cirugía.
María Rosalía Rodríguez de la Torre. Dra. en Medicina y Cirugía.
María Teresa Palomino Jiménez. Dra. en Medicina y Cirugía.
Mariana Vallejo Martínez. Dra. en Medicina y Cirugía.
Mariano J. Fernández Baena. Dr. en Medicina y Cirugía.
Mariela Bertolino. Dra. en Medicina y Cirugía.
Mario Iván Paz Manzón. Dr. en Medicina y Cirugía.
Marta María Surbano Silva. Dra. en Medicina y Cirugía.
Martín Zacarías Arcas Molina. Dr. en Medicina y Cirugía.
Maximiliano Eduardo Arriaza Asturias. Dr. en Medicina y Cirugía.
Montserrat González García. Dra. en Medicina y Cirugía.
Nadia Collette Birnbaum. Dra. en Psicología.
Natalia Polanco Cornejo. Lic. en Kinesiología.
Nicolás Emiliano Barbosa. Dr. en Medicina y Cirugía.
Nicole Sandra Basualto Arancibia. Lic. en Terapia Ocupacional.
Noemí Estela Rosenfeld. Dra. en Medicina y Cirugía.
Pablo Iglesias Rozas. Dr. en Medicina y Cirugía.

Pablo Jorge Castromán Espasandín. Dr. en Medicina y Cirugía.

Paola Ritter Arcos. Dra. en Medicina y Cirugía.

Pilar Arranz Carrillo de Albornoz. Dra. en Psicología.

Rafael Cobos Romana. Dr. en Medicina y Cirugía.

Raimundo Seara Valero. Dr. en Medicina y Cirugía.

Ramón Sierra Córcoles. Dr. en Medicina y Cirugía.

Ricardo Ortiz Novillo. Dr. en Medicina y Cirugía.

Rodrigo Fernández Rebolledo. Dr. en Medicina y Cirugía.

Rubén José Bernal Celestino. Dr. en Ciencias de la Salud.

Santiago Samuel Guaycochea. Dr. en Medicina y Cirugía.

Sergio Maldonado Vega. Dr. en Medicina y Cirugía.

Silvia Allende Pérez. Dra. en Medicina y Cirugía.

Tobías Zánder. Dr. en Medicina y Cirugía.

Uría Medardo Guevara López. Dr. en Medicina y Cirugía.

Verónica Cañada Sutil. Dra. en Medicina y Cirugía.

Vicente Domingo Triadó. Dr. en Medicina y Cirugía.

Wilfredo Cruz Campos. Dr. en Medicina y Cirugía.

Yadira Grau Valdés. Lic. en Psicología.

Yamileth Concepción Bonilla. Dra. en Medicina y Cirugía.

Durante el proceso formativo podrán incorporarse otros docentes para la atención del alumnado o quedar fuera algunos de los señalados en el listado anterior (si por circunstancias personales o profesionales no pudieran atender al alumnado).

8. Metodología

La Maestría se realizará completamente en modalidad online, a través de la plataforma virtual Chamilo, con un equipo tutorial para la atención de las dudas del alumnado dirigido por la Comisión Académica, creada también para el control de la actividad formativa y el Trabajo Final de Maestría.

Al campus virtual se accede a través del siguiente enlace: <http://campus.aulainterdisciplinar.com>. La primera pantalla que se encuentra al acceder es la siguiente:

Castellano

Correo electrónico

Contraseña

Entrar

* Contenido obligatorio

Navegación principal

[Página principal](#)



Bienvenidos al campus virtual



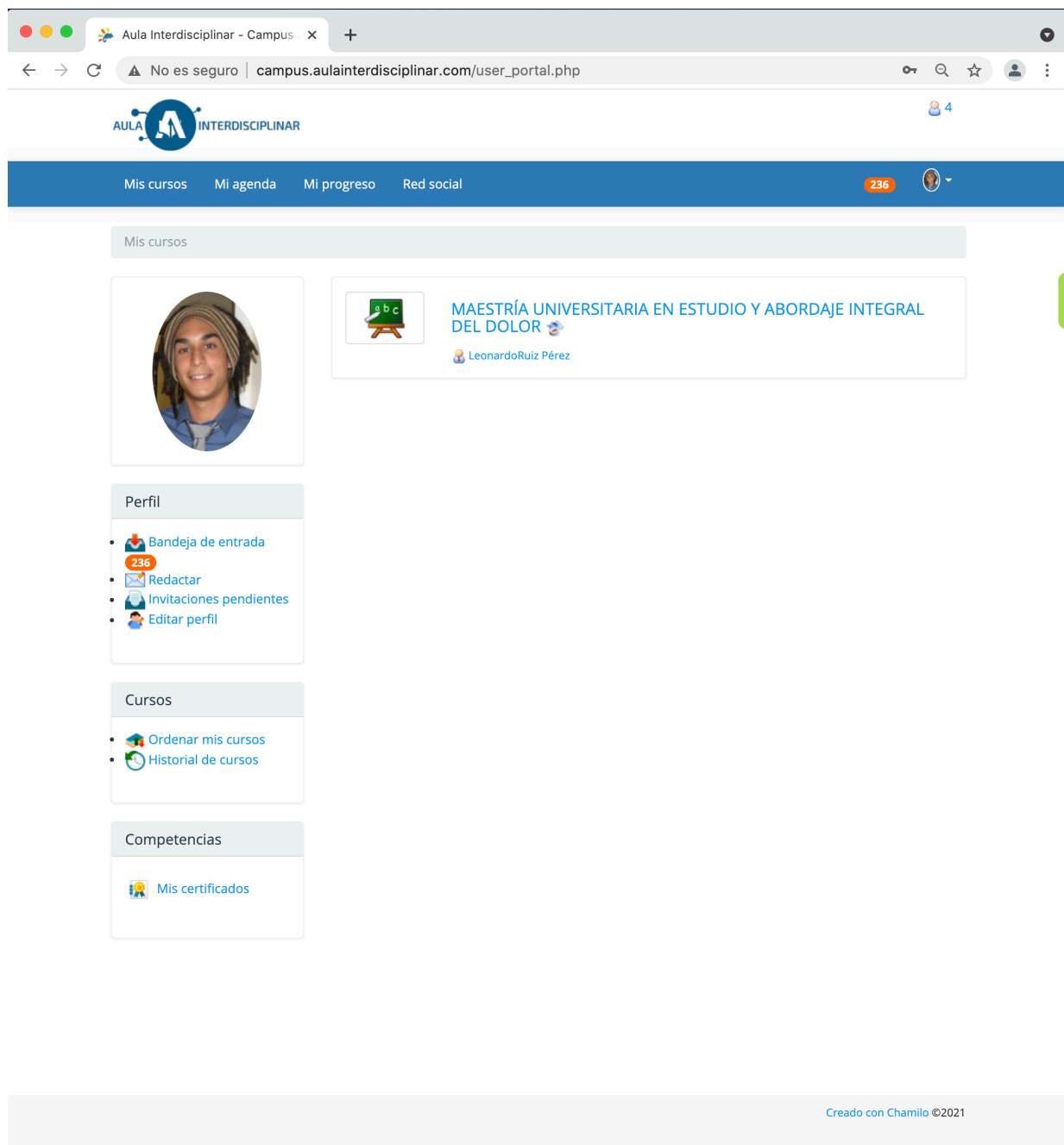
[Web de Aulainterdisciplinar](#)

[Tienda virtual](#)

[Contacto](#)

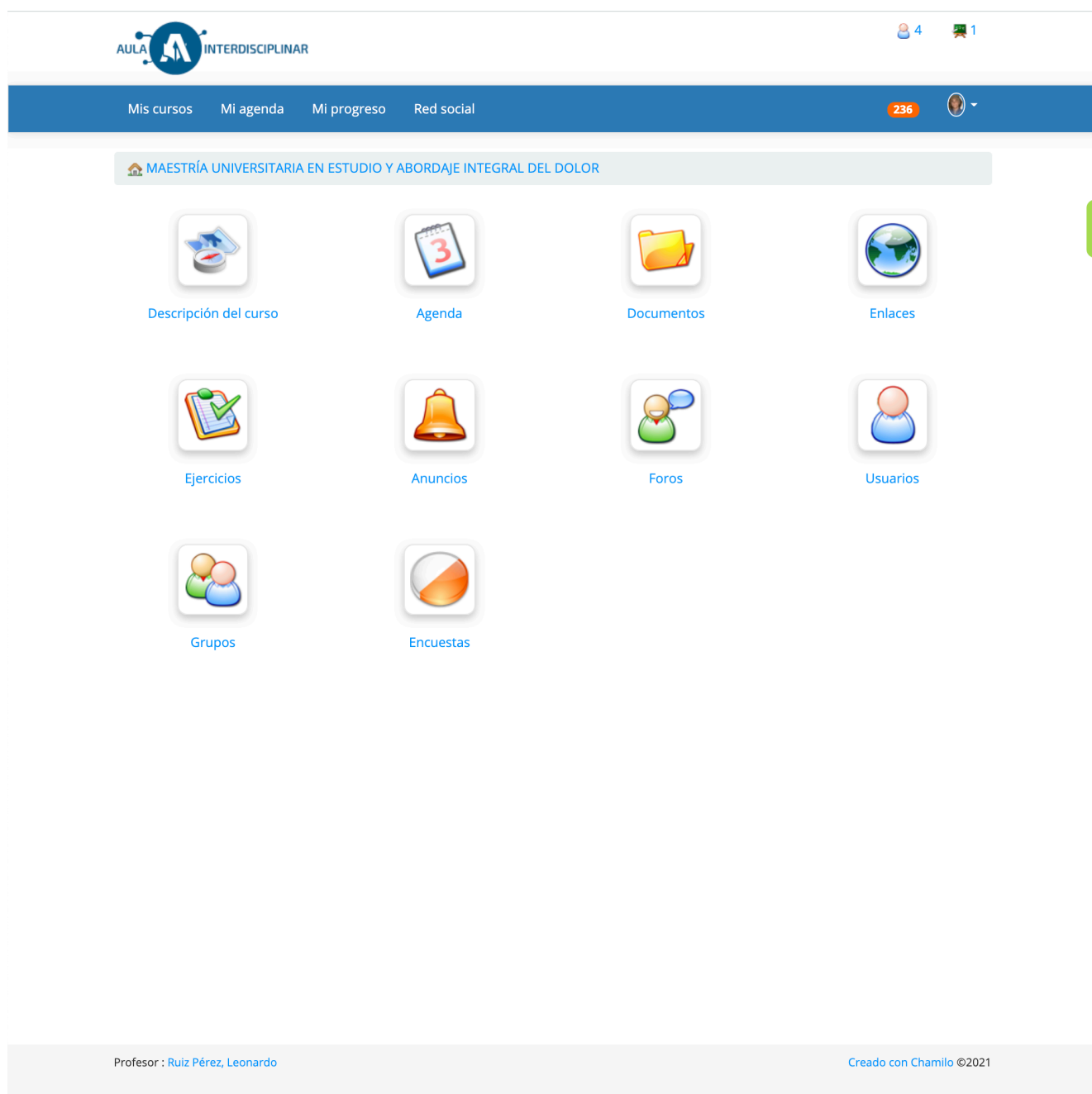
Para entrar al campus se debe indicar el correo electrónico y la contraseña que se facilita de forma automática y/o manual desde AULA INTERDISCIPLINAR. Luego, se debe pulsar en “Entrar”.

En la siguiente ventana aparecerá en la columna de la izquierda los datos del perfil, que se puede completar en el apartado “Editar perfil” (por ejemplo, para añadir una foto). A la derecha aparece la opción del curso: MAESTRÍA UNIVERSITARIA EN ESTUDIO Y ABORDAJE INTEGRAL DEL DOLOR (1ª edición). (Ver ejemplo en la página siguiente).



En la parte superior central o derecha del gráfico se indica el número de profesionales que están conectados en cada momento en el campus virtual (en la imagen, serían 4).

Si se desea acceder al contenido del curso (Descripción del curso, Documentos, Ejercicios, Foros, Usuarios, Anuncios, Enlace...), se debe elegir la opción **MAESTRÍA UNIVERSITARIA EN ESTUDIO Y ABORDAJE INTEGRAL DEL DOLOR**, pulsando sobre el título con el botón izquierdo del ratón.



En la “Descripción del curso” se encuentran, entre otros, los siguientes apartados: Presentación, Objetivos, Contenidos, Dirección y profesorado, Metodología, Calendarización, Materiales...

En el icono “Documentos” están todas las asignaturas de la Maestría en distintas carpetas, como se puede observar en la siguiente imagen:


 Q Buscar
Carpeta actual

Documentos

Tipo	Nombre ↓	Tamaño	Fecha
	ASIGNATURA 1: ASPECTOS GENERALES EN EL ABORDAJE DEL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR	 0B	hace 4 minutos 2021-08-29 15:18:07
	ASIGNATURA 2: INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA DEL DOLOR	 0B	hace 4 minutos 2021-08-29 15:18:22
	ASIGNATURA 3: FARMACOLOGÍA DEL DOLOR	 0B	hace 4 minutos 2021-08-29 15:18:35
	ASIGNATURA 4: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	 0B	hace 4 minutos 2021-08-29 15:18:50
	ASIGNATURA 5: DOLOR CRÓNICO I. DOLOR MÚSCULO-ESQUELÉTICO	 0B	hace 3 minutos 2021-08-29 15:19:02
	ASIGNATURA 6: DOLOR CRÓNICO II. DOLOR NEUROPÁTICO	 0B	hace 3 minutos 2021-08-29 15:19:14
	ASIGNATURA 7: DOLOR CRÓNICO III. CEFALAS Y ALGIAS FACIALES	 0B	hace 3 minutos 2021-08-29 15:19:27
	ASIGNATURA 8: DOLOR CRÓNICO IV. DOLOR RAQUÍDEO	 0B	hace 3 minutos 2021-08-29 15:19:44
	ASIGNATURA 9: OTROS TIPOS DE DOLOR CRÓNICO	 0B	hace 3 minutos 2021-08-29 15:19:53
	ASIGNATURA 10: DOLOR CRÓNICO: MANEJO ESPECIALIZADO MEDIANTE TÉCNICAS INVASIVAS. BLOQUEOS NERVIOSOS	 0B	hace 2 minutos 2021-08-29 15:20:04
	ASIGNATURA 11: DOLOR CRÓNICO: MANEJO ESPECIALIZADO MEDIANTE RADIOFRECUENCIA (RF)	 0B	hace 2 minutos 2021-08-29 15:20:17
	ASIGNATURA 12: DOLOR CRÓNICO: MANEJO ESPECIALIZADO MEDIANTE TRATAMIENTOS DISCALES	 0B	hace 2 minutos 2021-08-29 15:20:27
	ASIGNATURA 13: DOLOR CRÓNICO: MANEJO ESPECIALIZADO MEDIANTE NEUROMODULACIÓN	 0B	hace 2 minutos 2021-08-29 15:20:39
	ASIGNATURA 14: DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO: GENERALIDADES Y SÍNDROMES MÁS FRECUENTES	 0B	hace 2 minutos 2021-08-29 15:20:51
	ASIGNATURA 15: DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO	 0B	hace 1 minuto 2021-08-29 15:21:04
	ASIGNATURA 16: DOLOR EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS	 0B	hace 1 minuto 2021-08-29 15:21:18
	ASIGNATURA 17: DOLOR EN POBLACIONES FRÁGILES	 0B	hace 1 minuto 2021-08-29 15:21:32
	ASIGNATURA 18: DOLOR IRRUPTOR	 0B	hace 1 minuto 2021-08-29 15:21:44
	ASIGNATURA 19: TRATAMIENTO DEL DOLOR Y MEDIDAS DE SOPORTE AL FINAL DE LA VIDA	 0B	hace menos de 1 minuto 2021-08-29 15:21:55

Está utilizando 0 MB (0%) de su total disponible de 600 MB.

Si se desea descargar estas carpetas al ordenador u otro dispositivo para estudiar en cualquier otro momento sin necesidad de conexión a Internet, se debe pulsar en el sobre anaranjado con una flechita azul que se encuentra a la derecha de la asignatura (al pasar el cursor sobre ella aparece el término

“descargar”). Dentro de cada una de estas carpetas se encuentran los capítulos a estudiar en formato PDF y también los cuestionarios de examen en dos formatos: Word y PDF, para el supuesto de que se desee cumplimentar previamente los cuestionarios en formato Word y luego pasar los resultados al campus virtual, que es lo que habitualmente ha hecho el alumnado de otras ediciones.

Al pulsar sobre una de las carpetas señaladas aparecerán los capítulos y cuestionarios, como pueden ver en la siguiente imagen (se toma como ejemplo la asignatura 1):

The screenshot shows the AULA INTERDISCIPLINAR interface. At the top, there's a navigation bar with 'Mis cursos', 'Mi agenda', 'Mi progreso', and 'Red social'. Below this, the breadcrumb path is 'MAESTRÍA UNIVERSITARIA EN ESTUDIO Y ABORDAJE INTEGRAL DEL DOLOR / Documentos / ASIGNATURA 1: ASPECTOS GENERALES EN EL ABORDAJE DEL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR'. A search bar with 'Buscar' is present. The 'Carpeta actual' dropdown shows 'ASIGNATURA 1: ASPECTOS GENERALES EN EL ABORDAJE DEL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL ...'. Below this is a table of files:

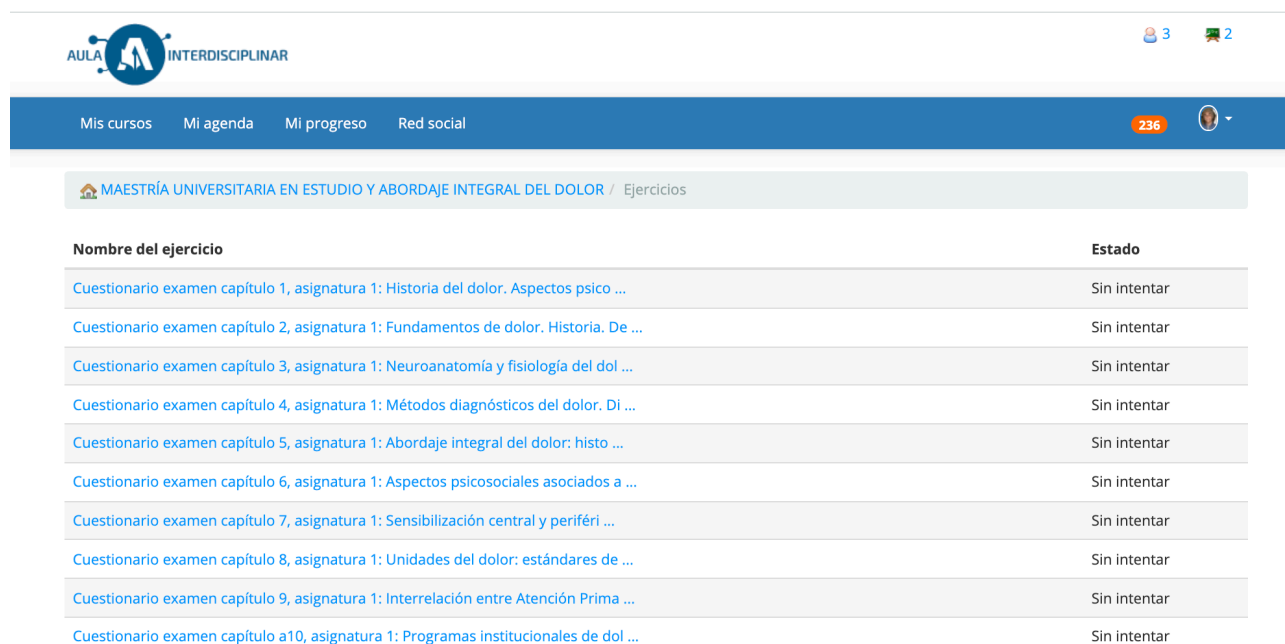
Tipo	Nombre ↓	Tamaño	Fecha
	A.ÍNDICE ASIGNATURA 1 MAESTRÍA ESTUDIO Y ABORDAJE INTEGRAL DEL DOLOR	5.2M	hace 11 minutos 2021-08-29 16:23:01
	capítulo 1, asignatura 1, Maestría Estudio y abordaje integral del dolor.pdf	11.67M	hace 11 minutos 2021-08-29 16:23:05
	capítulo 2, asignatura 1, Maestría Estudio y abordaje integral del dolor.pdf	2.05M	hace 11 minutos 2021-08-29 16:23:08
	capítulo 3, asignatura 1, Maestría Estudio y abordaje integral del dolor.pdf	2.09M	hace 11 minutos 2021-08-29 16:23:12
	capítulo 4, asignatura 1, Maestría Estudio y abordaje integral del dolor.pdf	29.55M	hace 11 minutos 2021-08-29 16:23:17
	capítulo 5, asignatura 1, Maestría Estudio y abordaje integral del dolor.pdf	7.08M	hace 11 minutos 2021-08-29 16:23:19
	capítulo 6, asignatura 1, Maestría Estudio y abordaje integral del dolor.pdf	2.86M	hace 11 minutos 2021-08-29 16:23:23
	Capítulo 7, asignatura 1, Maestría Estudio y abordaje Integral del dolor.pdf	2.21M	hace 11 minutos 2021-08-29 16:23:27
	capítulo 8, asignatura 1, Maestría Universitaria Estudio y tratamiento del dolor.pdf	365.17k	hace 11 minutos 2021-08-29 16:23:31
	capítulo 9, asignatura 1, Maestría Estudio y abordaje integral del dolor.pdf	5.12M	hace 11 minutos 2021-08-29 16:23:34
	capítulo 10, asignatura 1, Maestría Estudio y abordaje Integral del dolor.pdf	4.04M	hace 10 minutos 2021-08-29 16:23:36
	cuestionario asignatura 1 Maestría Dolor, sin X.docx	100.71k	hace 2 minutos 2021-08-29 16:32:33
	cuestionario asignatura 1 Maestría Dolor, sin X.pdf	381.38k	hace 2 minutos 2021-08-29 16:32:35

Está utilizando 72.7 MB (12.1%) de su total disponible de 600 MB.

Estos archivos con los capítulos y cuestionarios también pueden descargarse por separado en el ordenador u otro dispositivo pulsando sobre el diskette color azul que aparece en la columna de la derecha (entre los dibujos de la carpeta y el folio). Esto permitirá, como hemos señalado, estudiar y

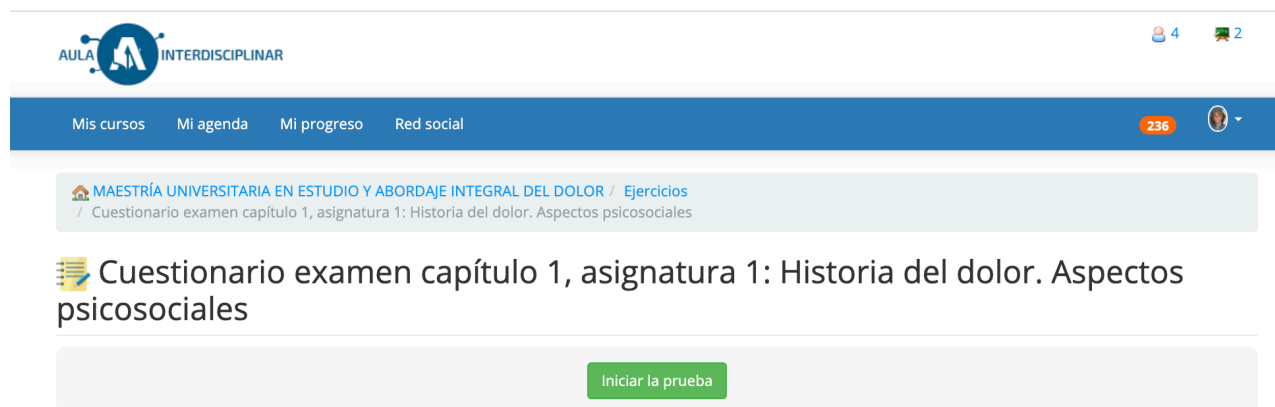
contestar a las preguntas de examen sin necesidad de estar conectados a internet y al campus virtual (por lo que se podrá estudiar desde cualquier lugar). En este punto, es importante señalar que no es obligatorio un número determinado de horas de conexión al campus. El tiempo de conexión dependerá de la realidad, necesidades y organización de cada profesional (ya que también el alumnado que ha descargado a su dispositivo los capítulos y cuestionarios en Word puede estudiar sin necesidad de estar conectado a internet).

Cuando se quiere contestar a las preguntas de examen en el campus virtual, se pulsa sobre la opción “Ejercicios”. En la nueva ventana aparece la relación de cuestionarios de examen.



Nombre del ejercicio	Estado
Cuestionario examen capítulo 1, asignatura 1: Historia del dolor. Aspectos psico ...	Sin intentar
Cuestionario examen capítulo 2, asignatura 1: Fundamentos de dolor. Historia. De ...	Sin intentar
Cuestionario examen capítulo 3, asignatura 1: Neuroanatomía y fisiología del dol ...	Sin intentar
Cuestionario examen capítulo 4, asignatura 1: Métodos diagnósticos del dolor. Di ...	Sin intentar
Cuestionario examen capítulo 5, asignatura 1: Abordaje integral del dolor; histo ...	Sin intentar
Cuestionario examen capítulo 6, asignatura 1: Aspectos psicosociales asociados a ...	Sin intentar
Cuestionario examen capítulo 7, asignatura 1: Sensibilización central y periféri ...	Sin intentar
Cuestionario examen capítulo 8, asignatura 1: Unidades del dolor: estándares de ...	Sin intentar
Cuestionario examen capítulo 9, asignatura 1: Interrelación entre Atención Prima ...	Sin intentar
Cuestionario examen capítulo a10, asignatura 1: Programas institucionales de dol ...	Sin intentar

Cuando se pulsa sobre cualquiera de los cuestionarios, aparece una imagen similar a la siguiente:



MAESTRÍA UNIVERSITARIA EN ESTUDIO Y ABORDAJE INTEGRAL DEL DOLOR / Ejercicios / Cuestionario examen capítulo 1, asignatura 1: Historia del dolor. Aspectos psicosociales

Cuestionario examen capítulo 1, asignatura 1: Historia del dolor. Aspectos psicosociales

Iniciar la prueba

Para comenzar a contestar las preguntas, se elige la opción “Iniciar la prueba”. A partir de esa elección aparecen las preguntas (ver imagen en la página siguiente).

1. 1. El autor afirma:

- ☐ a) Los huesos no constituyen una fuente común de obtención de datos.
- ☐ b) En la medicina prehistórica se atribuía a las enfermedades un origen sobrenatural.
- ☐ c) En la época prehistórica, las enfermedades no eran consideradas consecuencia de la hostilidad divina.

Guardar y continuar más tarde

2. 2. Otra afirmación es:

- ☐ a) Los médicos denominados Ashipu estaban especializados en presagios, exorcismos y tratamientos esotéricos.
- ☐ b) Los médicos Ashipu hacían diagnósticos y prescribían remedios físicos.
- ☐ c) Los médicos llamados Asu no hacían diagnósticos, se centraban en tratamientos exotéricos.

Guardar y continuar más tarde

3. 3. Con respecto a la medicina egipcia señala:

- ☐ a) La sanidad se impartía sin tener en cuenta principio alguno.
- ☐ b) En ningún momento se ejercía en los templos.
- ☐ c) Contaban con remedios que clasifica como: mágicos y farmacológicos.

Guardar y continuar más tarde

Una vez contestada cada pregunta, se pulsa en “Guardar y continuar más tarde”. Cuando se contestan todas las preguntas de cada cuestionario, se elige la opción “Terminar ejercicio”:

26. 26. Otra aportación es:

- ☐ a) En 1965 se comienza a considerar el sistema nervioso como modulador de la información sensorial.
- ☐ b) El dolor como experiencia sensorial y emocional se reconoce 15 años después.
- ☐ c) En la actualidad, las Unidades de Dolor son una realidad en la que todavía no participan profesionales de la Psicología y de la Psiquiatría.

Guardar y continuar más tarde

27. 27. Igualmente, señala:

- ☐ a) En el año 1999 se funda la Sociedad Española del Dolor, integrada de forma equitativa por profesionales de distintas áreas de conocimiento.
- ☐ b) En la referida Sociedad no se integran profesionales considerados "no médicos".
- ☐ c) En España, el Dr. Madrid Arias comienza a tratar a pacientes con dolor en su tiempo libre.

Guardar y continuar más tarde

Terminar ejercicio

Luego, se puede pasar a un nuevo cuestionario. Y así, sucesivamente, hasta la última asignatura. **Estos son los únicos exámenes del curso.**

- Por otro lado, en la opción **Foros** verán inicialmente las siguientes temáticas (se pueden plantear otras de su interés durante el proceso formativo):

- La realidad actual de las Unidades de Dolor en nuestra región, comunidad, país...
- Leyes, normativas, etc., sobre la atención del dolor en mi país.
- Mi vivencia profesional y personal con respecto al estudio y a la atención del dolor en mi/s centro/s de trabajo.
- ¿Consideramos que el dolor crónico es realmente considerado un problema significativo en nuestra región, país?
- Referencias de interés sobre la temática del dolor (estudios/investigaciones, publicaciones, proyectos, etc..., que se conocen).
- ¿Creemos que contamos con los recursos humanos, materiales y financieros necesarios en nuestra comunidad para el abordaje integral del dolor?

- ¿Cuáles son las dificultades más importantes que nos encontramos a la hora de estudiar y abordar los distintos tipos de dolor?
- ¿Qué patologías más prevalentes que cursan con dolor crónico observamos en nuestro medio?

Estos Foros son de libre participación.

MAESTRÍA UNIVERSITARIA EN ESTUDIO Y ABORDAJE INTEGRAL DEL DOLOR / Categorías de foro / Foros

Los nuevos mensajes le serán notificados por correo electrónico

La realidad actual de las Unidades de Dolor en nuestra región, comunidad, país...
Se trata de un espacio para quienes deseen aportar datos sobre la realidad de las Unidades del Dolor en la comunidad o país donde residen

Leyes, normativas, etc., sobre la atención del dolor en mi país.
En este espacio podemos señalar aquellas leyes o normativas que existan relacionadas con la atención del Dolor y, si se desea, dar una visión crítica de las mismas

Mi vivencia profesional y personal con respecto al estudio y la atención del dolor en mi/s centro/s de trabajo.
En este foro podemos expresar cómo han sido o son nuestras experiencias de trabajo en el estudio y la atención del dolor en los respectivos centros de trabajo (cómo nos sentimos, cómo percibimos a nuestros pacientes, sus familiares, compañeros de trabajo, etc...).

¿Consideramos que el dolor crónico es realmente considerado un problema significativo en nuestra región, país?
Cada profesional tiene su visión de la importancia que se le da al dolor crónico en la realidad en la que vive y trabaja. En este foro pueden expresar su opinión o lectura al respecto.

Referencias de interés sobre la temática del dolor (estudios/investigaciones, publicaciones, proyectos, etc..., que se conocen).
Se trata de hacer referencia a aquellos estudios, publicaciones, proyectos de intervención, etc., que se conocen y que pueden enriquecer nuestros conocimientos sobre la temática en estudio.

¿Creemos que contamos con los recursos humanos, materiales y financieros necesarios en nuestra comunidad para el abordaje integral del dolor?
En este foro podemos manifestar nuestras opiniones sobre la necesidad o no de recursos relacionados con el estudio y la atención integral del dolor.

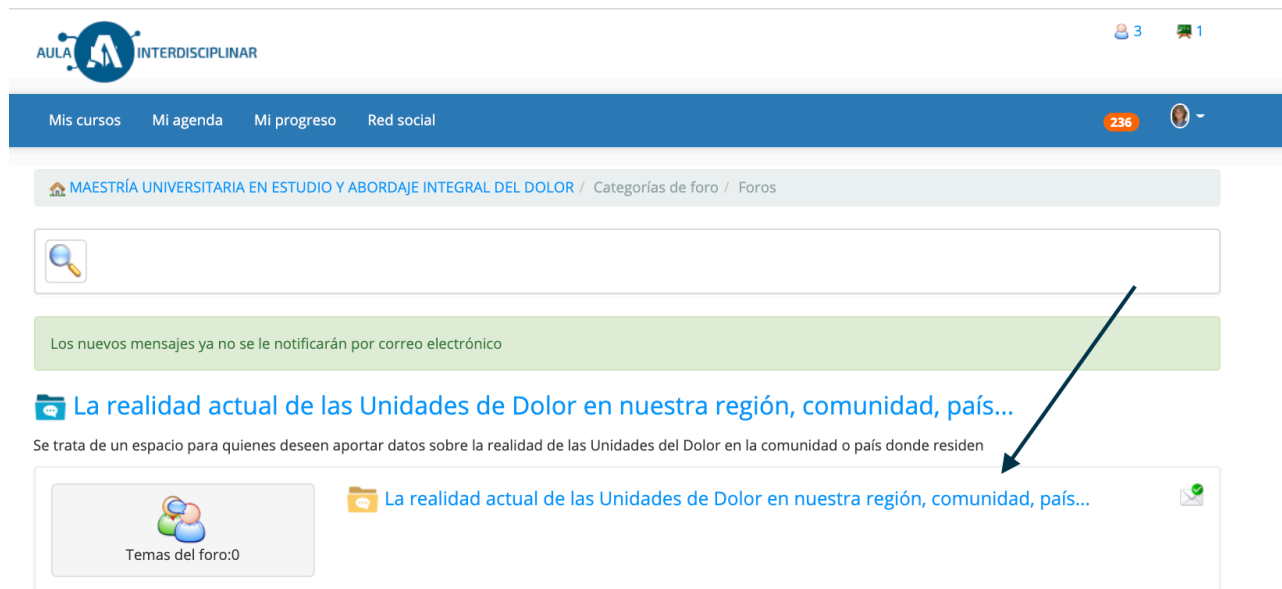
Para recibir un correo cada vez que alguna compañera o compañero publica en los Foros es importante que se pulse en cada sobre blanco que aparece a la derecha del título de los foros hasta que

aparezca el signo . Estos contenidos complementarios no son materia de examen, pero enriquecen el estudio de las distintas asignaturas y aportan nuevos conocimientos.

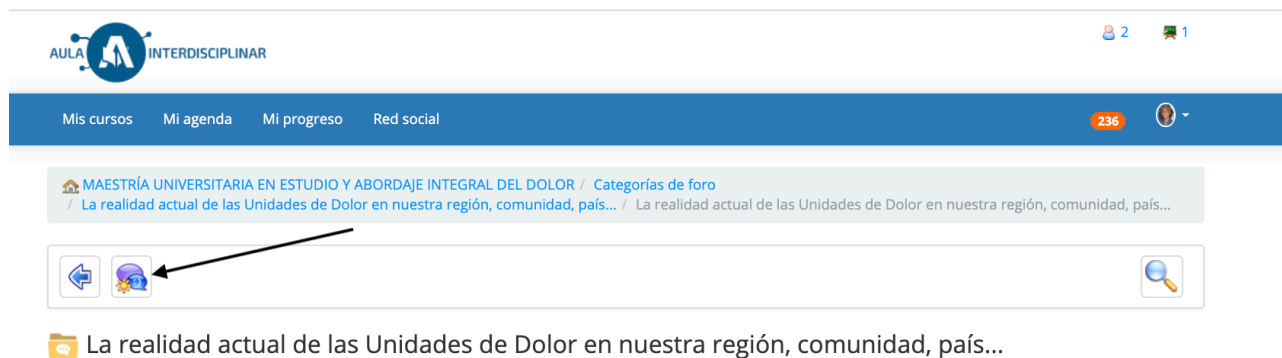
Si se desea participar en los Foros, los pasos a dar serían los siguientes:

1º Pulsar sobre la opción Foros.

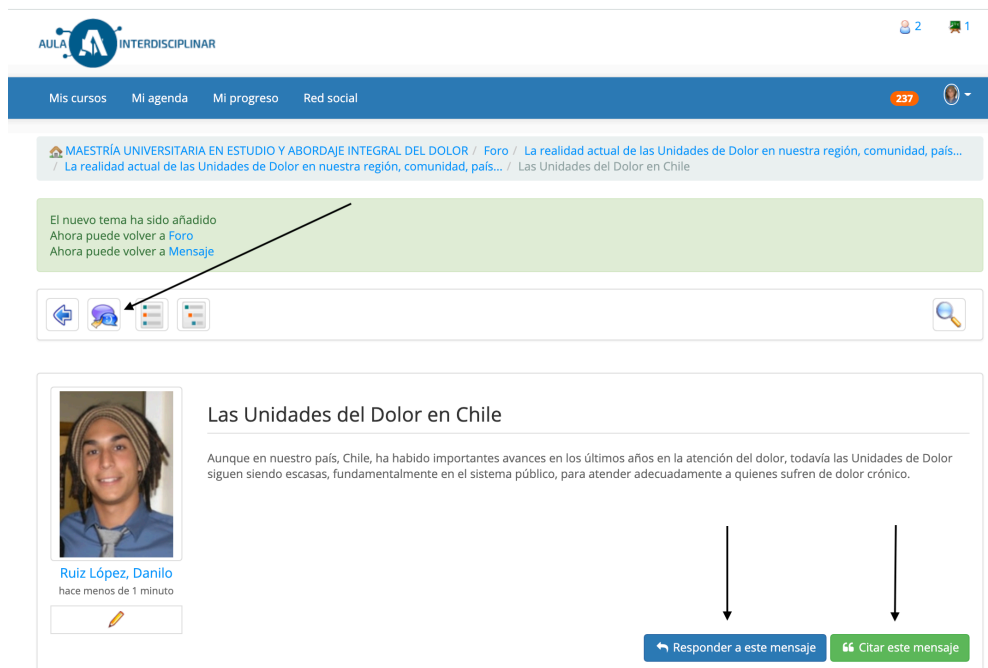
2º En la nueva ventana, se elige el tema sobre el que se quiere expresar algo o leer lo que otros profesionales han publicado, y luego se pulsa sobre el texto (relacionado con la temática elegida) que aparece al lado de la carpeta anaranjada:



3º Seguidamente, se verá solo esa carpeta en la parte superior y una imagen en la parte inferior en la que vuelve a aparecer el título elegido. Para participar, se debe pulsar sobre el globito lila que aparece a la derecha de la flechita azul, como pueden observar en esta nueva imagen:



4º Se abrirá una nueva ventana en la que pueden escribir el texto que desean, con su correspondiente título:



Con respecto a los cuestionarios, han de enviarse según se van contestando en el campus virtual (no acumularlos para el final). Esto permite ir conociendo los progresos en los estudios, tanto al alumnado como a AULA INTERDISCIPLINAR.

Las dudas sobre los contenidos, cuestionarios de evaluación, Trabajo Final de Maestría, etc., se enviarán al Comité Científico vía correo electrónico. Con el fin de garantizar la correcta recepción de las dudas y su respuesta en un plazo prudente, estas se han de enviar a las siguientes direcciones a un mismo tiempo:

- 1) Comité Científico: Leonardo: leonardo@aulainterdisciplinar.com
- 2) Departamento de Evaluación: María Candelaria: laly@aulainterdisciplinar.com

Las preguntas de tipo administrativo o económico se envían a: Emilia: emilia@aulainterdisciplinar.com

En lo que respecta al Trabajo Final de Maestría (TFM), este puede basarse en:

- a) la realización de un proyecto de investigación (solo el diseño de la misma, no se requiere su ejecución) sobre una materia relacionada con los contenidos estudiados o
- b) una revisión bibliográfica/o un documental audiovisual (en casos excepcionales) sobre uno de los contenidos en estudio.

El trabajo elegido puede realizarse de forma individual o grupal (grupos de un máximo de 5 personas). Se considera que implementarlo de forma grupal puede ser una experiencia más enriquecedora y gratificante, sobre todo si en el proceso intervienen profesionales de distintas áreas de

conocimiento. En las ediciones de la Maestría Universitaria en Cuidados Paliativos, la mayoría del alumnado optó por esta alternativa grupal.

Este Trabajo Final de Maestría se ha de realizar al finalizar la parte teórica del proceso (aproximadamente en los dos últimos meses). También puede comenzarse antes si el tutor o tutora lo estima pertinente. Antes de iniciar el mismo deberán indicar a AULA INTERDISCIPLINAR:

- los datos del tutor o la tutora que hayan elegido entre los profesionales cercanos, que deberá ser un profesional próximo al alumnado, con título de Doctor o Doctora o del mismo nivel de estudios que el del alumno o alumna (si se es Licenciado, puede ser tutor un Licenciado), con experiencias en diseños de investigación y/o en realización de trabajos de revisión bibliográfica. La cercanía al tutor o tutora facilita esta parte del proceso formativo.
- Si se opta por hacer el trabajo en grupo, se debe designar a un representante/portavoz y facilitar a AULA INTERDISCIPLINAR la relación de participantes del grupo y los datos del o de la portavoz.
- La modalidad de trabajo elegida (diseño de investigación o revisión bibliográfica) y
- La temática a abordar.

La presentación y defensa de este trabajo se hará mediante videoconferencia (Skype, o cualquier otra herramienta de videoconferencia) al finalizar el proceso. El medio elegido dependerá mucho de la evolución de la pandemia en cada país. El profesional o el grupo deberán entregar previamente el trabajo, conforme a los parámetros indicados por el tutor o tutora elegido (o asignado por AULA INTERDISCIPLINAR).

El tutor o la tutora deberá evaluar por separado a cada miembro del grupo en base a una serie de indicadores que se le facilitarán al iniciar esta parte del proceso formativo.

Las características concretas del TFM son las siguientes:

- El trabajo debe tener un mínimo de 20 páginas y un máximo de 30.
- La portada debe contener: el nombre de la UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA (y su logo, si fuera posible, que pueden descargarlo de internet), el texto: MAESTRÍA UNIVERSITARIA EN ESTUDIO Y ABORDAJE INTEGRAL DEL DOLOR. Debajo de este texto: TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA. Luego: CURSO 2021-2022. El título del trabajo, por ejemplo: "NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE EN FASE TERMINAL"; luego, los datos del autor o autora o autores/as, y del tutor o tutora, y, por último, la fecha y el lugar de residencia.
- En lo que se refiere a los aspectos formales, señalar:

- El trabajo debe enviarse en formato pdf por correo electrónico (leonardo@aulainterdisciplinar.com), en hojas tamaño DIN A-4.
- Se recomiendan los siguientes márgenes: Superior: 3 cm, Inferior: 2,5 cm, Izquierdo: 3 cm, Derecho: 2,5 cm.
- Paginación: cada página debe ir numerada (salvo la portada), preferentemente en la parte inferior, centrada o en el lado derecho.
- Texto justificado.
- Tipo de letra: Times New Roman, Arial o Calibri, de 12 puntos.
- Interlineado: el texto principal: 1,5.

9. Calendarización

La Maestría dará inicio oficialmente el día 30 de octubre de 2021, aunque el alumnado que sea admitido previamente puede iniciar la misma desde que es aceptada su matrícula por la Comisión Académica y acceda al campus virtual. La misma concluirá en su primera convocatoria 15 meses después contados a partir de la fecha de inicio, aunque podría ampliarse algunos meses más en función de determinadas circunstancias (como lo ha sido la pandemia de covid-19). El tiempo de estudio aproximado para cada asignatura es el siguiente:

- Asignatura 1: 5 semanas.
- Asignatura 2: 1 semana y media.
- Asignatura 3: 3 semanas y media.
- Asignatura 4: 2 semanas y media.
- Asignatura 5: 3 semanas y media.
- Asignatura 6: 3 semanas.
- Asignatura 7: 2 semanas.
- Asignatura 8: 3 semanas.
- Asignatura 9: 2 semanas.
- Asignatura 10: 3 semanas y media.
- Asignatura 11: 2 semanas.
- Asignatura 12: 1 semana y media.
- Asignatura 13: 2 semanas.
- Asignatura 14: 2 semanas y media.
- Asignatura 15: 2 semanas y media.
- Asignatura 16: 2 semanas.
- Asignatura 17: 1 semana y media.

- Asignatura 18: 1 semana.
- Asignatura 19: 6 semanas y media.
- Asignatura 20: 8 semanas.

Este calendario es solo orientativo (no está planteado para seguirse al pie de la letra) y se presenta para facilitar la organización de los estudios. En las ediciones anteriores, muchos profesionales concluyeron los estudios en menos tiempo del indicado. Otros necesitaron más semanas por imprevistos de salud, laborales o familiares. Con los cuestionarios ocurre lo mismo. No existe una fecha límite para entregar cada cuestionario, aunque sí es importante que sean enviados desde el campus según se terminan de contestar.

10. Evaluación

Esta modalidad de estudios contempla dos tipos de evaluaciones:

- a) Realización de cuestionarios tipo preguntas opcionales (a, b, c), siendo verdadera solo una de ellas. Las preguntas están ordenadas por capítulos y asignaturas. Para superar las pruebas se ha de acertar el 80% de las preguntas (en total). Un 80% equivale a una nota de 5 en una escala de 1 a 10. El 100% es equivalente a un 10, como podrán observar en la tabla adjunta, que también deberían tener a mano. Al cumplimentar los cuestionarios es muy importante que tengan en cuenta que si realizan un mismo cuestionario dos o tres veces para mejorar la nota, el sistema sacará la media de los dos o tres intentos. O sea, si en un primer intento observan que han obtenido un porcentaje de 85% y vuelven a realizar el cuestionario para mejorar la nota y obtienen un 95%, el porcentaje final sería del 90%.

En la tabla que se presenta a continuación se muestran las equivalencias entre porcentajes y notas:

CÁLCULO DE NOTAS CON INTERVALOS DE PORCENTAJES EXACTOS

< 64,00 - 64,19	1		75,80 - 76,19	4		87,80 - 88,19	7	
64,20 - 64,59	1,1		76,20 - 76,59	4,1		88,20 - 88,59	7,1	
64,60 - 64,99	1,2		76,60 - 76,99	4,2		88,60 - 88,99	7,2	
65,00 - 65,39	1,3		77,00 - 77,39	4,3		89,00 - 89,39	7,3	
65,40 - 65,79	1,4		77,40 - 77,79	4,4		89,40 - 89,79	7,4	
65,80 - 66,19	1,5		77,80 - 78,19	4,5		89,80 - 90,19	7,5	
66,20 - 66,59	1,6		78,20 - 78,59	4,6		90,20 - 90,59	7,6	
66,60 - 66,99	1,7		78,60 - 78,99	4,7		90,60 - 90,99	7,7	
67,00 - 67,39	1,8		79,00 - 79,39	4,8		91,00 - 91,39	7,8	
67,40 - 67,79	1,9		79,40 - 79,79	4,9		91,40 - 91,79	7,9	
67,80 - 68,19	2		79,80 - 80,19	5		91,80 - 92,19	8	
68,20 - 68,59	2,1		80,20 - 80,59	5,1		92,20 - 92,59	8,1	
68,60 - 68,99	2,2		80,60 - 80,99	5,2		92,60 - 92,99	8,2	
69,00 - 69,39	2,3		81,00 - 81,39	5,3		93,00 - 93,39	8,3	
69,40 - 69,79	2,4		81,40 - 81,79	5,4		93,40 - 93,79	8,4	
69,80 - 70,19	2,5		81,80 - 82,19	5,5		93,80 - 94,19	8,5	
70,20 - 70,59	2,6		82,20 - 82,59	5,6		94,20 - 94,59	8,6	
70,60 - 70,99	2,7		82,60 - 82,99	5,7		94,60 - 94,99	8,7	
71,00 - 71,39	2,8		83,00 - 83,39	5,8		95,00 - 95,39	8,8	
71,40 - 71,79	2,9		83,40 - 83,79	5,9		95,40 - 95,79	8,9	
71,80 - 72,19	3		83,80 - 84,19	6		95,80 - 96,19	9	
72,20 - 72,59	3,1		84,20 - 84,59	6,1		96,20 - 96,59	9,1	
72,60 - 72,99	3,2		84,60 - 84,99	6,2		96,60 - 96,99	9,2	
73,00 - 73,39	3,3		85,00 - 85,39	6,3		97,00 - 97,39	9,3	
73,40 - 73,79	3,4		85,40 - 85,79	6,4		97,40 - 97,79	9,4	
73,80 - 74,19	3,5		85,80 - 86,19	6,5		97,80 - 98,19	9,5	
74,20 - 74,59	3,6		86,20 - 86,59	6,6		98,20 - 98,59	9,6	
74,60 - 74,99	3,7		86,60 - 86,99	6,7		98,60 - 98,99	9,7	
75,00 - 75,39	3,8		87,00 - 87,39	6,8		99,00 - 99,39	9,8	
75,40 - 75,79	3,9		87,40 - 87,79	6,9		99,40 - 99,79	9,9	
						99,80 - 100	10	

Aunque los cuestionarios tienen un orden lógico, al igual que las asignaturas, cada profesional puede realizar los cuestionarios de examen en el orden que desee, ya que en determinadas circunstancias le resulta necesario saber más sobre un tema determinado cuyos contenidos le urgen para su trabajo, por ejemplo.

- b) Valoración del Trabajo Final de Maestría en su parte escrita y en su presentación y defensa oral. Para superar la Maestría se han de aprobar las dos partes (a y b).

Quienes no superen las pruebas tendrán una segunda oportunidad (segunda convocatoria) siguiendo las pautas que le marque el equipo evaluador o tutorial (tanto en relación al cuestionario como al Trabajo Final de Maestría). Los nuevos cuestionarios de examen se enviarán por correo electrónico. En estos casos, se dan de tres a cuatro meses para superar las pruebas suspendidas y presentarse a una nueva convocatoria.

Quienes aprueben obtendrán el correspondiente título, expedido por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. En el caso del alumnado extranjero, AULA INTERDISCIPLINAR les ayudará a formalizar la Apostilla de la Haya ante el Colegio Notarial de las Islas Canarias (también se puede apostillar el certificado de notas).

11. Matrícula

Para los profesionales de las áreas de conocimiento señaladas en apartados anteriores, la matrícula tiene un costo de 1.890 euros, que pueden abonarse de una sola vez o fraccionado, sin coste adicional alguno. La primera cuota será de 300 euros (que es la de reserva de plaza), que se abona en los días siguientes a la aceptación de la matrícula. Las siguientes se abonarán mensualmente, a una cantidad de 100 euros las primeras 12 cuotas y 195 las 2 últimas (14 meses).

En esta cantidad no están contempladas las tasas de la Universidad para la obtención del título, cuyo coste se publica cada año en el Boletín Oficial de Canarias (en torno a los 218 euros, aunque debido a la crisis es posible que estas tasas bajen) y se abonan directamente a la Universidad después de finalizado los estudios. En este caso, será la Universidad quien contacte con el profesional para indicarle los trámites a seguir para el pago y facilitarle los impresos para ello.

Tampoco se incluyen, en relación al alumnado extranjero, los gastos de Notaría y Colegio Notarial de las Islas Canarias (para quienes deseen que su título lleve la Apostilla de la Haya), ni los gastos de envío. Esta parte puede tener un coste aproximado de 40 euros, cuyas facturas serán enviadas al alumnado una vez realizadas las gestiones. No se cobrará nada por el trabajo desempeñado por los profesionales de AULA INTERDISCIPLINAR para obtener y enviar la referida documentación.

12. Gestión del título

El título es gestionado por la ULPGC. Una vez que finalizan los estudios, la Universidad remite a uno de los directores de la Maestría las actas de notas para su firma. Una vez firmadas, la referida

institución entra en contacto con el alumnado para concretar el abono de las tasas, la entrega de los certificados finales de notas y de los certificados provisionales del título, con la firma digital del Rector (estos últimos tienen la misma validez que el título), hasta que se impriman los mismos. Esta fase suele tardar meses, ya que los títulos se imprimen en Madrid y todo depende de la carga de trabajo que tenga la imprenta (aunque, como se ha señalado, pueden utilizar el certificado provisional).

A continuación, se señalan algunos ejemplos de Trabajos Finales de Maestría.

ANEXO I

CASO CLÍNICO: BACLOFÉN INTRATECAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESPASTICIDAD EN LA PARÁLISIS CEREBRAL

Autor: Laureano Delange Segura

Tutor: Carlos Goicoechea García

RESUMEN:

Introducción: la espasticidad puede tener su origen en muy distintas etiologías a nivel del sistema nervioso central, tanto del encéfalo como de la médula espinal, entre ellas, la parálisis cerebral congénita infantil (PCI). Los relajantes musculares se han mostrado efectivos para el alivio de los síntomas. El baclofén intratecal es uno de los tratamientos que ha demostrado mayor efectividad para el alivio de la espasticidad en estos pacientes.

Objetivo: presentar un caso con respuesta favorable a baclofén intratecal en un paciente afectado de parálisis cerebral congénita de larga evolución.

Material y método: se expondrá la evolución del caso desde el diagnóstico, test de baclofén intratecal, inserción quirúrgica de bomba intratecal implantada de baclofén y posterior evolución de las dosis y del paciente, basados en la bibliografía disponible.

Resultados: se presentan los resultados de la técnica y evolución del implante.

INTRODUCCIÓN:

La Parálisis cerebral infantil (PCI) se define como un grupo de trastornos del movimiento y de la postura que dan lugar a una gran limitación de la actividad y de los movimientos del niño y tiene su causa en una serie de alteraciones en el desarrollo del SNC durante el desarrollo del feto y/o los primeros años de vida (1).

Estos trastornos motores pueden acompañarse de otros de carácter psicológico, cognitivo y conductuales (1).

Existen varios tipos de PCI, siendo la más común la espástica. La espasticidad se define como un trastorno en la regulación del tono y de la postura muscular, que se acompaña de reflejos exagerados e hiperexcitabilidad del arco reflejo, manifestaciones de una falta de inhibición del impulso nervioso secundario a un síndrome de la motoneurona superior.

Este desequilibrio entre fuerzas agonistas y antagonistas va a producir con el tiempo, si no se trata de forma adecuada, contracturas y deformidades a nivel articular, que al final darán lugar a anquilosis de las mismas (2).

La espasticidad se debe a una alteración del tracto corticoespinal, el cual puede verse afectado a múltiples niveles y por diferentes causas (accidente cerebro vascular, esclerosis múltiple, traumatismo medular, etc.). La alteración puede ser focal o generalizada según la etiología, y el dolor será secundario a la gravedad y extensión de la misma (3).

En cuanto a la valoración de la espasticidad, se pueden usar diferentes escalas, siendo la escala de Ashworth la más ampliamente utilizada (Grado 0: sin aumento del tono muscular, Grado 1: aumento ligero del tono muscular, Grado 2: aumento mayor del tono muscular pero la extremidad se flexiona fácilmente, Grado 3: aumento mayor del tono, la extremidad se moviliza con dificultad, Grado 4: extremidad rígida sin capacidad de ser movilizaba) (4).

El manejo de la espasticidad requiere de un abordaje multidisciplinar, basado tanto en terapia física como farmacológica con relajantes musculares, analgésicos, antiepilépticos, etc. (5).

El baclofén es un análogo del GABA y uno de los fármacos más utilizados en el tratamiento de la espasticidad, actuando a nivel de receptores metabotrópicos GABA B situados en la medula espinal, que actúan a través de proteínas G. Actúa disminuyendo la liberación de neurotransmisores excitadores como el

glutamato. Por otro lado, las benzodiacepinas actúan a nivel de receptores GABA A ionotrópicos produciendo un efecto similar, pero de menor intensidad. El baclofén puede administrarse vía oral o intratecal, debido a la baja disponibilidad que tiene la primera vía y que obliga a aumentar mucho la dosis con la consiguiente aparición de efectos indeseables. El baclofén a través de la inhibición del arco reflejo, produciría una disminución de la excitabilidad de características reversibles (6).

CASO CLÍNICO:

Paciente varón de 17 años, con antecedentes personales de PCI secundaria a adrenoleucodistrofia infantil (enfermedad metabólica hereditaria ligada al cromosoma X, que produce acúmulo de ácidos grasos de cadena larga en SNC con deterioro neurológico progresivo y convulsiones), escoliosis marcada, retraso en el crecimiento, retraso mental, delgadez extrema por dificultad en la alimentación y la deglución, tetraparesia espástica, epilepsia en tratamiento con valproico (200 mg/ d) y lamotrigina 10mg/12 h y espasticidad severa de larga evolución, que se presenta con flexo de caderas, rodillas, codos y manos y que es remitido por el servicio de rehabilitación de nuestro hospital para valoración de tratamiento intratecal con baclofen para la espasticidad tras múltiples infiltraciones con toxina botulínica en MMII y MMSS con resultado parcial. En la evaluación realizada por ellos mediante el test de Ashworth nos indican una puntuación de 3 en las extremidades inferiores y 3 en las superiores que dificultan mucho el manejo por parte de los cuidadores. El paciente esta desconectado del medio y solo se expresa con sonidos incoherentes, por lo que es difícil valorar el dolor, aunque la impresión subjetiva, tanto de los cuidadores como la nuestra, lo sitúa en un nivel alto en probable relación con la marcada espasticidad que presenta. El tratamiento oral con baclofén se ha mostrado poco efectivo y dificultoso en su administración, dada la incapacidad para deglutir del paciente y, además, le ha producido náuseas importantes. Se solicita valoración de tratamiento con baclofén intratecal con el objetivo de facilitar aseo, evitar contracturas dolorosas y subluxaciones y disminuir la carga del cuidador. Se programa la realización de un test intratecal con 25 microgr de baclofén y posterior valoración por nuestra parte y el servicio de rehabilitación, que establece una disminución en la escala de Ashworth de 2 puntos en MMII y de 1 punto en MMSS, que permite la movilización pasiva parcial de las extremidades y facilita el manejo del paciente, así como su fisioterapia, opinión tanto a nivel del cuidador como del fisioterapeuta que lo trata.

Dada la buena respuesta, se programa la colocación de bomba de flujo fijo IP1000 pediátrica de ml, dada la escasa talla y peso del paciente, fabricada por Tricumed (0,8 ml/ 24 h) conectada a catéter intratecal bajo

anestesia general, dada la nula colaboración y la gran rigidez que presenta el paciente, por lo que se precisa relajación muscular intensa para inserción del dispositivo y punción espinal.

La intervención se realiza sin mayores complicaciones, excepto la inserción del catéter a nivel intratecal, que debe ser guiado mediante radioscopia, dada la gran escoliosis que presenta y para ver la situación final de la punta del mismo, el cual queda a nivel de D6. El paciente es dado de alta a las 24 horas a su domicilio y seguido de forma ambulatoria en la unidad.

Tras la colocación de la misma, comenzamos con una perfusión inicial de 25 microgr/día, la cual es aumentada a 50 microgr/24 horas a los 3 días.

El paciente es reevaluado a la semana para ver eficacia, efectos secundarios de la medicación, etc., objetivándose una importante mejoría de la espasticidad y una disminución de 2 punto en las 4 extremidades en la escala de Ashworth de espasticidad, e incluso algo mayor a nivel de MMII. Al mes se incrementa la dosis a 75 microgr/día con buena tolerancia, dosis que se ha ido incrementando progresivamente hasta 115 microgr/día en la actualidad tras 3 meses de infusión.

La familia refiere una mejoría importante de la espasticidad, que ha facilitado el cuidado del paciente, así como su higiene y alimentación. Además, refieren una expresión subjetiva de aumento del bienestar y disminución del dolor, ya que se queja menos y está más tranquilo. No se han objetivado efectos secundarios importantes.

DISCUSIÓN:

El baclofén intratecal (BIT) comenzó a usarse por primera vez en 1985 (7). Desde entonces, se han comunicado múltiples casos de su uso en el tratamiento de la espasticidad de origen tanto supra como espinal, así como en el tratamiento del dolor y la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

El Baclofén es un derivado del GABA que atraviesa la barrera hematoencefálica. A nivel de la médula disminuye la transmisión sináptica de motoneuronas e interneuronas. Se trata de un agonista selectivo del receptor GABA B metabotrópico. Es uno de los principales aminoácidos inhibidores que actúan a nivel medular junto con la Glicina. Se considera que el GABA estaría implicado sobre todo en procesos de inhibición presináptica (8).

El Baclofén reduce la espasticidad por una disminución en la liberación de neurotransmisores excitadores a nivel de la terminación presináptica, donde se han identificado receptores GABA B en distintas localizaciones del SNC, y que parece estaría en relación con una disminución en la entrada de Ca^{++} . Además, se ha evidenciado una actividad analgésica per se, independiente de la disminución de la espasticidad, que podría tener relación con mecanismos de inhibición presináptica en aferentes nociceptivos espinales o a una acción supraespinal (8).

El Baclofén se absorbe bien por vía oral y se elimina sin metabolizar por orina en un 70- 80%. Tiene una semivida plasmática de 4 horas. Se suele comenzar con 5- 10 mg /8-12 horas y se va aumentando de forma progresiva hasta los 60-80 mg/día. No se suelen tolerar más de 120 mg/día debido a los efectos secundarios (8).

En cuanto a los efectos secundarios, los más frecuentes son sedación (10%) y náuseas. La dosis VO debe incrementarse progresivamente para evitar efectos secundarios. Pueden aparecer también hipotonía, debilidad, vértigo, confusión, etc. Su supresión brusca puede incrementar un cuadro de alucinaciones e hiperreflexia (8).

Debido al elevado numero de efectos secundarios que puede presentar, especialmente a dosis altas, el Baclofén se administra por vía intratecal, en ocasiones mediante perfusión continua o en bolos a través de un catéter situado a nivel del espacio intradural conectado a una bomba de perfusión continua colocada a nivel subcutáneo. La mejoría obtenida por la vía intratecal suele ser mayor que aquella que se obtiene por VO, ya que es 100 veces más potente por esta vía, permitiendo una reducción drástica de la dosis y su administración a nivel del lugar de acción (8).

El baclofén resulta muy útil en el control de los espasmos flexores y las contracturas dolorosas que suelen padecer estos pacientes, sea cual sea la etiología del cuadro (8).

El baclofén oral controla la espasticidad en más de la mitad de los pacientes, si bien a expensas de efectos secundarios, que, a veces, son intolerables, por lo que en estos casos se elige la vía intratecal.

Además del Baclofén, se utilizan otros tratamientos para el tratamiento de la espasticidad:

- *Dantroleno*: es un derivado de la hidantoína, que produce relajación muscular, ya que impide de manera parcial la contracción por inhibición de la liberación de Ca^{++} por parte del retículo endoplásmico. Se absorbe por VO de forma incompleta 20% con un tmax de 1 hora. Es

ampliamente metabolizado y genera metabolitos activos y tiene una semivida de 9 horas. Como efectos secundarios: diarrea, somnolencia y debilidad muscular. En ocasiones, aparece una reacción idiosincrásica de toxicidad hepática grave (8).

- *Ciproheptadina*: inhibe la liberación de acetilcolina, histamina serotonina a nivel del SNC y se ha utilizado sobre todo en el trauma medular. Puede producir debilidad, sedación y aumento de peso (9).
- *Benzodiazepinas*: la más utilizada es el diazepam. Actúan sobre receptores GABA A aumentando la entrada de Ca^{++} a la neurona y produciendo, por tanto, hiperpolarización y relajación muscular. Su principal efecto adverso es la somnolencia. Se ha utilizado también con éxito el clonazepam (8, 10).
- *Tizanidina*: inhibe la liberación de neurotransmisores excitadores y facilita la acción de la glicina. Produce menor sedación y debilidad en comparación con baclofén y diazepam, por lo que presenta mejor tolerancia. Dado su mecanismo de acción diferente, puede utilizarse en combinación con otros antiespásticos (8, 11).
- *Cannabinoides*: actúan sobre receptores CB1 y CB2 y, además, sobre receptores NMDA. Se han utilizado dronabinol y nabilone en pacientes con esclerosis múltiple con buenos resultados (12).
- *Toxina Botulínica*: actúa impidiendo la liberación de ACh a nivel de la placa motora, por lo que es útil en la espasticidad a nivel de grupos musculares aislados. Como inconveniente, puede producir atrofia muscular con inyecciones repetidas y debilidad muscular. Además, su efecto se termina en 4-6 meses, debiendo repetir las infiltraciones para conseguir un efecto duradero (8).

El baclofén se utiliza para el tratamiento de la espasticidad, tanto de origen supraespinal como espinal. Se ha investigado su uso extensamente en pacientes efectos de esclerosis múltiple y traumatismo medular, observándose cómo se comportan las dosis de baclofén intratecal a lo largo del tiempo, así como la aparición de complicaciones. En una amplia serie estudiada por Draulans N et al., se estudiaron 130 pacientes portadores de una bomba de infusión de baclofén intratecal con un tiempo medio de seguimiento de 63 meses y 797 años de bomba como suma de los tiempos de cada uno de ellos. Se observaron 104

complicaciones, lo que supone una tasa de 0,011 por mes, que fue igual en ambos grupos de pacientes. La dosis media de baclofén se estabilizó a los 2 años de infusión en 323 microgr/día en los pacientes con esclerosis múltiple, mientras que en aquellos con trauma medular, la estabilización se prolongó hasta los 5 años y las dosis empleadas fueron mayores para conseguir un adecuado control de la espasticidad (504 microgr/día). La mayoría de las complicaciones se refirieron al catéter de infusión. En este estudio no parece confirmarse la posible tolerancia asociada al uso de baclofén intratecal. Sí que parece, a la vista de los resultados, que aquellos pacientes con espasticidad debida a afectación cerebral y espinal requerirían menores dosis de baclofén que aquellos con afectación a nivel espinal, y que, además, se estabilizarían antes en su ajuste de dosis. Además, los incrementos de dosis aparecidos en algunos pacientes mayores que el promedio, y que en principio podrían achacarse a tolerancia, se han relacionado con problemas en la infusión secundarios al catéter (13).

La aparición de tolerancia con el uso de baclofén intratecal es un tema en discusión. Algunos autores sostienen, como el trabajo de Hetla HW et al., la existencia de tolerancia al baclofén intratecal y la definen como un incremento en la dosis anual de 100 microgr/año (14). En un estudio retrospectivo analizaron las dosis de 37 pacientes en tratamiento de la espasticidad de diverso origen con baclofén intratecal (116 años de bomba), con un seguimiento medio de 38 meses (rango entre 3-120 meses) y una dosis media de 350 microgr/día. De estos pacientes, 7 desarrollaron tolerancia, lo que representa el 22% de los mismos. No se encontraron factores predictores para el desarrollo de tolerancia. En cuanto a las estrategias seguidas para el tratamiento de la misma, se probaron tres diferentes alternativas: el cambio de infusión simple a infusión compleja (tasa continua + bolos horarios determinados) no tubo efectos sobre la misma. Sin embargo, el cambio a una dosis intermitente en bolos cada 6-8 horas y el descanso periódico en la infusión sí que fueron efectivos para reducir la dosis de baclofén. Otros casos fueron achacados a problemas con la propia bomba o el catéter, ya que la dosis se pudo disminuir de manera significativa tras la revisión quirúrgica y la solución del problema (14).

Si bien parecen bien establecidos los beneficios a corto plazo en el tratamiento de la espasticidad, no está tan claro en determinadas entidades cuando evaluamos los resultados a largo plazo. En una revisión Cochrane sobre tratamiento con baclofén intratecal en niños con parálisis cerebral (que es el caso que nos ocupa) se establece, de forma más o menos clara, el beneficio de la terapia a corto plazo, si bien se pone en cuarentena su efectividad a mayor tiempo. El tamaño de las muestras, así como el corto seguimiento en la mayoría de los estudios, no permiten extraer conclusiones definitivas, si bien parece extraerse una mejoría

no solo en las funciones motoras de estos pacientes, sino también un incremento en su bienestar, una mayor facilidad en su manejo por parte de los cuidadores, así como las posibles implicaciones en cuanto a una reducción en la cirugía de las complicaciones que pueden presentar estos pacientes, sobre todo de tipo ortopédico. Se hacen necesarios estudios donde se incluya una población de pacientes mayor y un seguimiento a largo plazo para poder evaluar de forma fehaciente el balance riesgo-beneficio de estas intervenciones, ya que, además, no están exentas de complicaciones (15).

A pesar de esta falta de evidencia en grandes revisiones debido a la falta de grandes estudios con un número de casos importante, sí que existen diversos estudios que corroboran la utilidad del baclofén intratecal en el tratamiento y manejo de la distonía y la espasticidad en la parálisis cerebral infantil, como el estudio de Overgard Tm. et al., de 2015, donde presentan una revisión de 46 niños con parálisis cerebral, con el objetivo de evaluar la eficacia y los efectos adversos del tratamiento con baclofén intratecal en esta población. Estos niños fueron evaluados mediante la escala de Linkeet, siendo 1 la ausencia de mejoría y 5 una gran mejoría. La eficacia se investigó mediante entrevistas telefónicas con los padres. La mejoría objetivada fue de dos puntos para las extremidades superiores y de 3 puntos para las inferiores. La dosis de baclofen osciló entre 105-2,000 microgr/día (media de 494.9 microgr/día). Se objetivó una mejoría en el bienestar, función y una mejora en los cuidados de 3.7, 2.3 y 3.4, respectivamente. Es decir, se objetivó una impresión muy positiva en cuanto al uso de baclofén intratecal en pacientes con parálisis cerebral infantil, tanto por parte de los pacientes como de los cuidadores (16).

The Medical Advisory Secretariat de Ontario (dependiente del Ministerio de Sanidad de Ontario) ha evaluado la evidencia en cuanto al uso de baclofén intratecal en pacientes con espasticidad mediante bomba intratecal realizando una revisión sistemática de la evidencia en cuanto a su uso (17).

Los candidatos a esta terapia serían aquellos pacientes que no tienen una adecuada respuesta o presentan efectos indeseables importantes con baclofén oral. Las principales ventajas que proporciona el uso de baclofén intratecal serían:

A) Administración directa a nivel del LCR:

- Los efectos secundarios relacionados con su administración oral y su paso por la barrera hematoencefálica (confusión, mareo, etc.) serían mucho menores.

- Se consiguen niveles de fármaco mucho mayores en LCR que tras su administración VO, por lo que su efectividad es también mayor.
- La dosis de baclofén usada para conseguir un efecto similar sería 100 veces menor que VO.

B) Infusión programable mediante bomba: la infusión mediante bombas programables permite una infusión del medicamento mucho más ajustada permitiendo, por ejemplo, una dosis menor durante el día que permita al paciente deambular sin producir hipotonía excesiva y una dosis mayor por la noche que mejore el dolor y el descanso nocturno.

C) Se trata de un procedimiento reversible al contrario que la cirugía.

Las conclusiones que plantea esta revisión podemos resumirlas como sigue, correspondiendo los grados de evidencia establecidos en 2003 por la National Institute for Clinical Excellence (NICE) para el manejo inicial y avanzado de la esclerosis múltiple:

- Nivel 2 de evidencia: existe un nivel 2 de evidencia para el uso de baclofén en la espasticidad a corto plazo, consiguiendo una mejoría significativa en pacientes que no responden o no toleran baclofén VO.
- Nivel 3 de evidencia para el uso de baclofén a más largo plazo en el mismo supuesto anterior.
- Nivel 4: evidencia cualitativa en el mismo supuesto (mejoría global calidad de vida).
- El uso de baclofen intratecal se considera que tiene una buena relación coste efectividad.

Una de las complicaciones más temidas del uso del baclofén intratecal es un síndrome de abstinencia por retirada brusca, debida a una interrupción brusca de su administración. Se han estudiado los síntomas, manifestaciones, causas, incidencia y manejo de esta complicación. En el estudio de Stetkarova I et al. se analizaron de manera retrospectiva a 54 pacientes con bombas implantadas para el tratamiento de la espasticidad severa de origen variado (esclerosis múltiple y trauma medular), de los cuales 8 experimentaron un síndrome de retirada brusco. La dosis media diaria osciló entre los 90-420 microgr/día. En 7 de los 8 pacientes, el catéter fue la causa del problema, mientras que solo en uno fue la propia bomba el origen; en este caso, debido a corrosión de la misma. Relacionando el número de pacientes y tiempo de tratamiento, el síndrome de supresión sucedió con una frecuencia de 20,1 años bomba de un total de 160 años bomba del grupo total. Se trata de una

situación que debe ser tratada con inmediatez, ya que puede poner en peligro la vida del paciente y que se caracteriza por aumento súbito de la espasticidad, prurito, hipertermia, desregulación autonómica, convulsiones, rabdomiolisis y que puede llevar al coma y a la muerte del paciente. Su tratamiento requiere, lo primero, de un diagnóstico lo más precoz posible y la instauración inmediata de cuidados intensivos con intubación orotraqueal, sedación y control estricto hemodinámico. El tratamiento consiste en reiniciar cuanto antes el baclofén, soporte de las constantes vitales y sedación con benzodiacepinas y/o propofol. Es por ello que el seguimiento y manejo de estos dispositivos deba realizarse en centros y por personal especializado, habituados al manejo del fármaco y sus complicaciones (18).

El baclofen en pacientes con trauma craneal severo y daño cerebral que presentan como consecuencia espasticidad ha sido establecido como un tratamiento a considerar, especialmente durante el primer año tras la lesión cuando fallan las inyecciones de toxina botulínica para el control de la espasticidad y las deformidades; es decir, se recomienda usarlo de forma precoz para el control de estos síntomas antes de que estas alteraciones se hagan irreversibles.

Diversos estudios han comunicado cambios cognitivos tras el inicio del tratamiento con baclofén intratecal en estos pacientes con trauma craneal severo. Al-Khodairy A T et al. han comunicado al caso de dos pacientes de estas características con resultado inesperado tras el inicio de baclofén intratecal, uno de ellos despertó del coma y otro se recuperó de la amnesia que sufría, por lo que se ha especulado con el papel del baclofén intratecal no solo en el manejo de la espasticidad de estos pacientes, sino también en los cuidados y manejo y rehabilitación posterior.

CONCLUSIONES:

- La terapia con baclofén intratecal se ha mostrado como un método eficaz en el manejo de la espasticidad de aquellos pacientes que o bien no responden, o presentan efectos secundarios excesivos con la vía oral.
- El uso de baclofén por vía intratecal es equivalente en una proporción 100/1 a la dosis oral, ya que ejerce sus efectos a nivel de receptores metabotrópicos situados a nivel de la médula espinal, inhibiendo la transmisión excitadora y produciendo relajación muscular y efectos antiespasmódico.

- El baclofén a nivel espinal parece tener un efecto analgésico per se, aparte del que produce la relajación de la musculatura afectada.
- Es efectivo, independientemente de cuál sea la causa de la espasticidad central o medular, aunque los mejores resultados se han conseguido en esta última.
- El uso de baclofén intratecal tiene una relación coste-beneficio positiva.
- La evidencia demuestra una efectividad mayor en el tratamiento de la espasticidad a corto plazo.
- El tratamiento con baclofen intratecal, aunque se considera seguro y se viene utilizando desde hace años, no está exento de complicaciones, algunas de las cuales, como la sobredosificación o el síndrome de retirada brusco, pueden poner en peligro la vida del paciente, por lo que solo debe ser administrado, controlado y revisado en centros con amplia experiencia en su uso y en el tratamiento de las posibles complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol Suppl, 2007 Feb; 109: 8-14.
2. Sholtes VAB, Becher JG, Beelen A, Lankhorst GJ. Clinical assessment of spasticity in children with cerebral palsy: a critical review of available instruments. Dev Med Child Neurol, 2006 Jan; 48 (1): 64-73.
3. Ward AB, Kadies M. The management of pain in spasticity. Disabil Rehabil, 2002; 24: 443- 453.
4. Gómez-Soriano J, Cano-de-la- Cuerda R, Muñoz-Hellín E, Ortiz- Gutiérrez R, Taylor JS. Valoración y cuantificación de la espasticidad: revisión de los métodos clínicos, biomecánicos y neurofisiológicos. Rev Neurol, 2012; 55: 217-26.
5. Strommen JA Management of spasticity from spinal cord dysfunction Neurol Clin, 2013 Feb;31(1):269-86.
6. Roberts A. Surgical management of spasticity. J Child Orthop, 2103; 7: 389- 394.
7. Penn RD, Kroin JS. Continuous intrathecal baclofen for severe spasticity. Lancet, 1985;2: 125–7.
8. Pazos A, Pascual J. Farmacología de los movimientos anormales. Fármacos antiespásticos. En Flórez Farmacología Humana 4 ed. ED Masson, 513- 532.

9. Clanet MG, Brassat D. The management of multiple sclerosis patients. *Curr Opin Neurol*, 2000; 13: 263-270.
10. Dones I, Nazzi V, Broggi G. The guidelines for the diagnosis and treatment of spasticity. *J. Neurosurg Sci*, 2006; 50: 101- 105.
11. Kheder A, Nair KP. Spasticity: pathophysiology, evaluation and mamagement. *Pract Neurol*, 2012; 12: 289-298.
12. Oreja- Guevara C. Treatment of spasticity in multiple sclerosis: new perspectives regarding the use of cannabinoids. *Rev Neurol*, 2012; 55: 421- 430.
13. Draulans N, Vermeersch B, Meurrens T, Peers K, Nuttin B, Kiekens C. Intrathecal baclofen in multiple sclerosis ans spinal cord injury: complications and long term dosage evolution. *Clin Rehab*, 2013; 27: 1137-1143.
14. Heetla HW, Kliphuis C and van Laar T. The incidence ans management of tolerance in intrathecal baclofentherapy. *Spinal Cord*, 2009; 47: 751- 756.
15. Hasnat MJ, Rice JE. Intrathecal baclofen for treating spasticity in children with cerebral palsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015, Issue 11. Art. No.: CD004552.
16. Overgård TM, Kjærsgaard-Hansen L, Morten S and Illum NO. Positive experience with intrathecal baclofentreatment in children with severe cerebral palsy. *Dan Med J*, 2015;62: 1-5.
17. Medical Advisory Secretariat. Intrathecal baclofen pump for spasticity: an evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 2005; 5(7).
18. Intrathecal Baclofen in Spinal Spasticity:Frequency and Severity of Withdrawal Syndrome. Stetkarova I, Brabec K, Vasko, P and Mencl L. *Pain Physician*, 2015; 18: 633-641.
19. Influence of intrathecal baclofen on the level of consciousness and mental functions afterextremely severe traumatic brain injury: Brief report, *Brain Injury*. Al-Khodairy AT, G. Wicky, Nicolo D and Vuadens P, 2015; 29:4, 527-532.

ANEXO II

(Ejemplo desarrollado por Doña Paula Ossandón Lira para una Maestría relacionada con los Cuidados Paliativos)

1. TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: **Asuntos pendientes durante el proceso final de vida.**

A/ ÍNDICE:

Índice

- Resumen----- (número de página)
- Antecedentes y estado actual del tema...
- Bibliografía Relevante----- (número de página)
- Hipótesis----- (número de página)
- Objetivos----- (número de página)
- Metodología----- (número de página)
 - Material----- (número de página)
 - Muestra----- (número de página)
 - Procedimiento----- (número de página)
 - Análisis----- (número de página)
- Plan de Trabajo----- (número de página)
 - Posibles Limitaciones----- (número de página)
- Plan de Difusión----- (número de página)
- Fuentes de Consulta----- (número de página)
- Anexos
 - Anexo 1----- (número de página)
 - Anexo 2----- (número de página)
 - Anexo 3----- (número de página)

B/ RESUMEN

Llama la atención las vivencias y los relatos de historias de pacientes que pareciera se resisten a entregarse a los brazos de la muerte, debido a que aún mantienen temas pendientes. Son muchos los que nombran el concepto de “asuntos pendientes”, sin embargo, son pocos los que ahondan en este tema, por lo que aún queda mucho por investigar y consensuar para lograr un manejo más eficaz de estos.

Claro está que no es una temática fácil de abordar, ya que buscar introducirse en el interior de los pacientes depende de muchos factores. Sin embargo, si logramos identificar y manejar estos asuntos de

manera más eficaz, podremos ayudar a que nuestros pacientes los enfrenten y puedan gozar de un final de vida más en paz.

C/ ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Durante mi estancia en Cuidados Paliativos en Chile, me llamó fuertemente la atención ver cómo pacientes que tenían “asuntos pendientes” no podían enfrentar en paz el proceso de la muerte; cuestión que, además, era comentada indistintamente por los profesionales que trabajaban con estas personas en situación terminal. Pareciera ser que hay una relación entre muerte en paz y resolución de asuntos vitales pendientes^{1,2}, donde el enfrentamiento de estos ayudaría a tener una muerte más tranquila y dulce.

Es un hecho que los pacientes en situación terminal de vida cruzan por un periodo complejo, donde deben enfrentarse a amenazas físicas, psicológicas, espirituales y sociales³.

Este proceso por conseguir el cierre de la vida puede llegar a producir sufrimiento, entendiéndose este como la percepción subjetiva de daño a la integridad del yo, donde se experimenta o se teme una amenaza, con la percepción de carencia de recursos para enfrentarla⁴.

Asimismo, el objetivo principal de los Cuidados Paliativos consiste en contribuir al bienestar del paciente y su familia, para lo cual es ineludible el alivio del sufrimiento⁵. Por ende, es necesario identificar los distintos factores que causan el sufrimiento, para lograr abordarlos de algún modo y poder así contribuir en la conquista de la sanación, concepto que podríamos definir como “la experiencia personal de la trascendencia del sufrimiento”, el cual implica movimiento hacia la integridad y plenitud⁶.

Y es que tal como plantea Mónica Renz, el sufrimiento es la etapa previa a la liberación de las resistencias que impiden la propia paz⁷.

¿Cuáles son entonces los sufrimientos de nuestros pacientes? Durante el transcurso de los años, diversos estudios han intentado ahondar en las necesidades y sufrimientos de los pacientes terminales^{3;7-11}, pero ¿se ha logrado identificar y profundizar lo suficiente en las fuentes de estos mismos? Muchos autores mencionan que los pacientes en situación de final de vida tienen “asuntos pendientes” a resolver antes de poder enfrentar su muerte¹². Tal como lo evidencia el testimonio de Elisabeth Kübler Ross:

“A veces se aferraban a la vida porque tenían algún asunto pendiente; se cuidaban de una hermana atrasada y no habían encontrado a nadie que pudiera encargarse de ella en el caso de que ellos murieran, o no habían podido tomar medidas para que se ocuparan de unos niños y necesitaban compartir esta preocupación con alguien. Otros se sentían culpables y oprimidos por unos “pecados” reales o imaginarios, y sentían un gran alivio cuando les ofrecíamos la oportunidad de hablar con ellos.... Todos estos pacientes se encontraban mejor después de hacer “confesiones” o de encontrar soluciones para el cuidado de otros, y generalmente, morían poco después de que desapareciera el asunto pendiente”¹³.

Pareciera ser que las personas se resisten a dejar este mundo sin haberle dado solución a aquellos problemas que más los aquejan; por lo que podría desprenderse que “uno de los mayores obstáculos para lograr una “buena muerte” son los asuntos pendientes”¹⁴.

No obstante, ¿qué son realmente los asuntos pendientes? Elisabeth Kübler-Ross los define como “aspectos de las relaciones que no tenemos al día”, es decir “todas las cosas importantes que pensamos, sentimos y deseamos para nuestros seres queridos y que no solemos expresarles”. Llegando incluso a

afirmar que “Todos tenemos asuntos pendientes”, porque “es imposible estar al día en todas nuestras relaciones”¹⁴.

Pero, ¿será que solo se limitan a asuntos relacionales o quizá se extienden a esferas que van aún más allá, pudiendo implicar también temas: económicos, legales, de ritual, etc.? Entonces, ¿cuáles son específicamente estos temas inconclusos que aquejan a nuestros pacientes al final de su vida?; ¿En qué medida afectan a las personas en su última etapa?; ¿Son abordables?

Para Alba Payàs, los asuntos pendientes de los pacientes al final de sus vidas pueden resumirse en los siguientes:

- Pedir perdón.
- Perdonar.
- Expresar agradecimiento.
- Expresar afecto.
- Despedirse¹⁵.

Lo cual es respaldado por autores como Julio Gómez¹⁶.

Sin embargo, hay autores, como Alicia Salinas de Lamadrid^{17,18}, que amplían el espectro haciendo referencia a temas materiales y logísticos. Por ende, puede decirse que no hay un consenso universal sobre estos mismos. La definición de “asuntos pendientes” se basa en opiniones de expertos y documentos teóricos, careciendo de base empírica, por lo que parece importante investigar sobre este tema.

La enfermedad terminal brinda la oportunidad de reexaminar la vida dando “la posibilidad de dejar los propios asuntos en orden, de contribuir a la planificación del propio funeral, de compartir y revivir recuerdos, de despedirse, de perdonar y hacerse perdonar y de decir lo que debe ser dicho”¹⁹. Sin embargo, a pesar de que muchos pacientes se adentran en este camino, a menudo el miedo a despertar emociones o recibir rechazo impide el enfrentamiento de estos temas, situación que también puede producirse en los seres queridos²⁰; aconteciendo una especie de “pacto de silencio” que imposibilita el desarrollo de un proceso de liberación.

Los profesionales de la salud tienen que encontrar la manera de ser una parte útil de esa exploración²⁰, expresión y confrontación. Tal como afirma Kübler Ross “El paciente desahuciado tienes necesidades muy especiales que pueden cubrirse si nos tomamos tiempo para escuchar y averiguar cuáles son”. Y es por esto que el profesional debe sentarse con el paciente, dejarlo que se tome su tiempo, y escucharlo. Los enfermos y enfermeras que “estén dispuestos a sostener conversaciones difíciles”²¹.

El dar el tiempo que cada paciente necesita mejora la experiencia y la calidad de vida de los moribundos²⁰. Aquí radica la importancia de que los profesionales de la salud pongan la comunicación como la piedra angular del cuidado²², ya que tal como refiere Eric Cassell, “el paso crucial es empezar a andar por el camino de la aproximación a los pacientes como personas”²³. Una vez cubierta las necesidades orgánicas, debemos adentrarnos en la exploración interior de los pacientes, ayudándolos a identificar las causas de sus sufrimientos, y todos aquellos temas inconclusos que los inquietan, para luego disponerse a alivianar esa carga que impide la serenidad.

No es una tarea fácil, ya que requiere, por parte del profesional, emplear recursos que le permitan tener una actitud empática^{24, 25}, abierta, y una manera de permanecer en silencio por dentro y por fuera, dejando

que la información fluya sin hacer interpretaciones ni juicios^{23, 26}. Y, por otro lado, requiere que el paciente se abra y exprese todo aquello que lo aqueja, para lo cual es necesaria la construcción de una relación previa.

Habiendo conseguido el establecimiento de una relación profesional- paciente, es preponderante la exploración de los asuntos pendientes, ya que pueden llegar a ser fuente de integración y conexión con la realidad, la que finalmente puede ayudar a producir crecimiento y transformación tanto para el enfermo – en la medida que contribuye a que pueda vivir su proceso de muerte con mayor paz–, como para sus seres queridos –quienes podrán elaborar un mejor duelo²⁷–.

Entonces, si logramos identificar cuáles son los asuntos inconclusos que más aquejan a nuestros enfermos, podemos abordarlos, y ayudar a que los pacientes enfrenten estas temáticas de una forma más eficaz, pudiendo contribuir a que este último periodo vital finalice más en paz.

D/ BIBLIOGRAFÍA RELEVANTE

No se encuentran estudios que aborden el tema de los “asuntos pendientes” de forma específica, por lo que solo se cuenta con publicaciones basadas en la experiencia y la opinión de ciertos expertos:

- Kübler Ross E. Sobre la Muerte y los Moribundos. 4ªed. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial, S.A.U; 1975.
- Payàs A. El mensaje de las lágrimas. 3ªed. Barcelona: Paidós; 2014.
- Gómez Julio. La hora de la verdad. Los Asuntos que no debes dejar pendientes. Barcelona. Plataforma Editorial: 2014.
- Salinas de Lamadrid A. Acompañar en la enfermedad, el dolor y la muerte. [Internet]. México: Publicaciones Paulinas S.A. de C.V.; 2008. Capítulos 5 y 6. p. 122 – 128. [citado 2016 Abr 12]; Disponible en:

<https://books.google.es/books?id=4jYyBAJ8kQAC&pg=PA14&lpg=PA14&dq=alicia+salinas+de+lamadrid&source=bl&ots=GkOUg8Mf12&sig=yXgoe8PrfBopJZ8cmj4qX2UcaEw&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj8zsnc0ahUKEwj8zsncInMAhUMExoKHdzXAZsQ6AEIoTAF#v=onepage&q=asuntos%20pendientes&f=false>

E/ HIPÓTESIS

Como hipótesis se formulan las siguientes:

- Los “asuntos pendientes” son una causa de sufrimiento para los pacientes y obstaculizan el proceso de morir en paz.
- Aunque se puedan postular diversas áreas en las que los pacientes comúnmente presentan temas inconclusos, la raíz primaria de los temas pendientes son causas relacionales.
- Las personas tienen la necesidad de resolver sus asuntos a nivel “intra”, “inter” y “trans” personal, para lograr un proceso de muerte más en paz.

F/ OBJETIVOS

Los objetivos serán los siguientes:

- Investigar cuáles son los principales asuntos pendientes comunes y existentes en los pacientes en el final de la vida en una Unidad de Cuidados Paliativos.
- Describir y clasificar los asuntos pendientes identificados.

G/ METODOLOGÍA

A nivel metodológico se plantea un Estudio cualitativo, donde se entrevistará a pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Paliativos durante un año y medio (establecimiento por definir), a través de un guión de preguntas elaboradas. Se realizará un estudio piloto de aplicación de las preguntas para valorar el correcto planteamiento de estas mismas en un grupo pequeño de pacientes.

Deberá establecerse una relación profesional-paciente previa a la entrevista. Una vez erigida, se invitará al paciente a formar parte del presente estudio; para lo cual se le realizará una explicación de la temática y los objetivos; además de asegurar la confidencialidad de los datos y dar espacio para la resolución de preguntas.

Con el consentimiento previo del paciente, se procederá a explorar los asuntos que estos consideran que obstaculizan el proceso de “dejarse ir”.

Los encuentros serán respaldados a través de filmaciones, las cuales luego se analizarán y compararán, para identificar factores comunes en las distintas experiencias.

Asimismo, la investigación será sometida a un proceso de reflexión, donde los investigadores deberán revisar sus propios valores, conscientes de los posibles sesgos que estos pueden causar en los resultados. Esto permitirá asegurar la calidad de la investigación, para ser susceptible de revisión por agentes externos²⁸.

Luego de realizado el análisis de las entrevistas, se determinarán qué factores inconclusos aquejan a nuestros pacientes terminales.

- Material

Se elaboró una Guía de preguntas (Anexo 4), que fue construida a partir de escalas de evaluación espiritual y existencial. Se realizó una revisión de la bibliografía a través de una búsqueda en las bases de datos The Cochrane Library, Medline, EBSCO, Cinahl, y Lilacs; utilizándose las palabras claves: *palliative care, end of life, spiritual needs, spirituality, existential, self transcendence, pending issues, questionnaire, instrument of evaluation. Asuntos pendientes, espiritualidad, cuestionarios.*

Luego de un proceso de selección de los artículos obtenidos, se escogieron 13 escritos; los que combinan herramientas de evaluación de calidad de vida^{29,30}, abarcando áreas como la espiritual^{6, 31 - 35}, psicológica³⁶ y existencial³⁷⁻³⁹.

Se procedió a la elaboración del cuestionario guía, el cual consta de varias preguntas que pueden dividirse en abiertas y dirigidas a un área más específica. Las preguntas abiertas están elaboradas para facilitar el inicio de la exploración, donde se cuestiona al paciente sobre sus preocupaciones, miedos e inquietudes, permitiendo que el enfermo se exprese libremente. Las preguntas dirigidas cuestionan temas más específicos de posibles asuntos pendientes, explorando las siguientes áreas:

- Reconciliación, a nivel personal, interpersonal y transpersonal.

- Legado emocional – afectivo.
- Área económica – patrimonial.
- Funeral – entierro.

Se realizará una aplicación previa de la guía para evaluar la correcta formulación de las preguntas.

El entrevistador deberá tener en cuenta que la guía es solo una pauta para facilitar la exploración; por lo que él es quien deberá adaptar la indagación según cada paciente.

Por otro lado, es de gran importancia la actitud del profesional implicado. Deberá reflejar hospitalidad, presencia y compasión, ya que sólo en la medida que el enfermo se sienta comprendido y no juzgado, será capaz de abrir y compartir su intimidad⁴⁰.

- Muestra

Los pacientes serán recolectados por un equipo de médicos y enfermos de Cuidados Paliativos (establecimiento por definir), durante un periodo de tiempo de un año y medio.

Para ser incluidos en el presente estudio, los pacientes deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- Pacientes con enfermedad terminal según criterios OMS/ SECPAL⁴¹ (Anexo 1).
- Hospitalizados en Servicio de Cuidados Paliativos.
- Con plenas facultades mentales. Capacidad medida con SPMSQ – Pfeifer^{42,43} (Anexo 2).
- En conciencia de su pronóstico y/o haber expresado al menos una vez la posibilidad de morir. (Escala de Ellershaw⁴⁴, puntuación mayor o igual a 3)⁴⁵.
- Pacientes que brinden su consentimiento para ser evaluados.
- Individuos con recursos físicos suficientes como para participar en una entrevista de 90 minutos (aproximadamente).
- Sujetos de lengua castellana.

- Procedimiento

El siguiente estudio se llevará a cabo a través de entrevistas. Se confeccionó una guía de preguntas (Anexo 3), la que deberá ser aplicada previamente en un grupo piloto, con la intención de evaluar la acogida y comprensión del planteamiento de dichas preguntas. Una vez obtenida esta información, se evaluará la necesidad de la realización de cambios en estas mismas.

Con la guía de preguntas actualizadas se procederá a la realización del estudio.

Luego de diversos encuentros previos con el pacientes, donde se haya logrado forjar una relación con este mismo (esto queda a criterio del profesional, ya que al ser cada persona diferente no es posible determinar el número de encuentros previos), se llevaran a cabo tres entrevistas semiestructuradas, dependiendo de cada individuo.

Se explicará al paciente la finalidad de este estudio y la relevancia de la exploración de los posibles asuntos pendientes, dando espacio a la resolución de dudas. En caso de que el enfermo brinde su consentimiento, se procederá a la realización de la entrevista.

La entrevista será llevada a cabo por la investigadora principal P.O.L, junto con otro profesional del equipo participante en el estudio (por definir). La investigadora principal será quien realice las preguntas, mientras el profesional adyacente estará a cargo de la filmación del diálogo. El tiempo de duración de las entrevistas será de acuerdo a las necesidades del paciente, y de las limitaciones de tiempo de los investigadores, que en caso de existir deben ser aclaradas al inicio del encuentro. Los profesionales deberán ir dispuestos a permanecer el tiempo que sea necesario, para lo que es de importancia que se tomen las medidas pertinentes.

El abordaje de este tipo de asuntos es complejo, ya que reside en una exploración profunda de distintas esferas de la persona, lo que puede tener diversos factores obstaculizadores. Debido a esto, es de gran importancia que los profesionales pongan esfuerzos en generar un ambiente de confianza e intimidad; teniendo una actitud compasiva²⁶, para lo que es necesario una aceptación incondicional del enfermo. Además, se debe procurar una actitud presente, centrándose en el paciente y evitando tener la mente en divagaciones, haciendo que el paciente sienta que “solo estamos para él”^{46, 47}.

Para la exploración, el entrevistador podrá basarse en la guía de preguntas (Anexo 3), pudiendo iniciar la conversación con preguntas abiertas (Tabla A), si así lo estima conveniente. Y luego adentrarse en preguntas dirigidas (Tabla B), o bien iniciar directamente con este tipo de preguntas si la situación lo permite (queda a criterio del investigador).

La entrevista será llevada a cabo en la unidad del paciente, a no ser que refiera preferencia por otro lugar. Se velará por la mayor comodidad del paciente.

Luego de la entrevista, la conversación será transcrita de forma lo más literalmente posible, siempre guardando la confidencialidad del enfermo; utilizándose nombres ficticios para este propósito.

- Análisis

Se realizará un análisis cualitativo y cuantitativo de las respuestas, para lo cual se organizarán y se agruparán los datos según la similitud de contenido⁴⁸.

Para esto, se transcribirán y se analizarán las distintas entrevistas, de forma inmediata luego de realizadas; asegurando siempre el anonimato de los entrevistados.

Los autores deberán realizar un análisis individual, el cual será discutido en conjunto de forma posterior.

Durante la discusión grupal, se llevará a cabo una verificación de los datos, a través de las transcripciones y fichas de los respectivos pacientes. De esta manera, se realizará un detallado análisis y comparación de las experiencias, para llegar a un consenso que permita una mayor comprensión de los asuntos pendientes de nuestros pacientes.

Asimismo, siendo conscientes de los posibles sesgos de la investigación cualitativa; sabiendo que el trabajo y los valores personales del investigador pueden tener una influencia inherente en los resultados, se realizará un proceso de reflexividad para dar explicaciones transparentes de las conclusiones obtenidas⁴⁹.

H/ PLAN DE TRABAJO

La investigadora principal, P.O.L., confeccionará una guía de preguntas para la exploración del mundo interno de los pacientes.

Se realizará una prueba de entrevistas preliminares durante 3 semanas, para evaluar el correcto planteamiento de las preguntas. Una vez obtenida la información, se valorará la necesidad de hacer cambios en estas mismas.

Luego de definida la guía a utilizar, se procederá a iniciar la recolección de la muestra. El equipo participante del estudio analizará que los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos cumplan los criterios de inclusión de la investigación.

Asimismo, antes de invitar a los pacientes a formar parte del proyecto, es de gran importancia la construcción de una relación profesional-paciente, siendo requisito para iniciar este mismo (la cantidad de encuentros necesarios para la cimentación de esta relación quedará a criterio del profesional, debido a la universalidad de cada individuo).

Una vez definidos los potenciales participantes, y existiendo una relación previa con los pacientes, se procederá a invitar a los individuos seleccionados a colaborar en el estudio. Se realizará una explicación sobre la finalidad de la investigación y la relevancia de esta misma, además de la resolución de cualquier duda que pueda surgir en los pacientes respecto al estudio.

Si se obtiene el consentimiento del paciente, se procederá a iniciar el ciclo de entrevistas, las cuales serán llevadas a cabo por la investigadora principal, P.O.L, y por otro profesional partícipe del estudio (por definir).

Se llevarán a cabo tres entrevistas semiestructuradas, dependiendo de cada individuo. Esto debido a que es un tema en el que los pacientes requieren tiempo, introspección y reflexión; por lo que es muy poco probable lograr una expresión completa en una sola sesión.

Se realizarán un total de tres encuentros, sin embargo, si el paciente llegara a necesitar más sesiones de las estipuladas, podrá optar a las entrevistas que sienta necesarias para expresar lo que tenga que decir en cuanto a sus asuntos pendientes.

El tiempo y el intervalo entre las entrevistas lo irá marcando el mismo paciente, dependiendo de la conciencia y necesidad de expresión de este mismo, y de la limitación del tiempo y disponibilidad de los investigadores.

Las entrevistas se llevarán a cabo en la unidad del paciente, a no ser que este refiera expresa preferencia por otro lugar.

Para el desarrollo de las entrevistas, los investigadores se basaran en la guía construida para el presente estudio (Anexo 3). En un inicio se utilizarán preguntas abiertas basándose en el contenido de la Tabla A. Y a medida que avanza la entrevista se podrán ir haciendo, si el investigador lo estima pertinente, preguntas dirigidas, para explorar los asuntos de interés, basándose en las temáticas de la Tabla B.

Las entrevistas irán siendo respaldadas por filmaciones, las cuales serán transcritas y guardadas como archivos en un ordenador. Se velará por la confidencialidad de los datos obtenidos, así como del emisor pertinente.

Luego de las entrevistas, los videos serán analizados de forma individual por parte de cada investigador, quienes luego deberán discutir cada caso en conjunto, analizando no solo lo emitido por el paciente, sino también lo expresado de forma no verbal. Las filmaciones serán un respaldo para realizar un análisis basado en lo que el paciente refirió explícitamente, pudiendo, además, examinar aspectos del entorno físico y no verbal.

De esta manera, se llevará a cabo una discusión, en la que se deberá llegar a consenso, para finalmente definir una clasificación de los distintos asuntos pendientes encontrados en las experiencias expresadas por los pacientes en final de vida.

- Posibles limitaciones del estudio

Entre las posibles limitaciones del estudio tenemos: La disposición y etapa de duelo del paciente, relación paciente-profesional de salud, manejo de counselling por parte del profesional, falta de experiencia en investigación cualitativa.

I/ PLAN DE DIFUSIÓN

Luego de realizado el análisis de la información obtenida por la investigación, se procederá a trabajar por dar a conocer sus resultados y sus posibles implicancias en el manejo de los pacientes terminales por parte del equipo de salud.

Se publicará en revistas relacionadas con el área de Cuidados Paliativos (con previa autorización de la dirección del centro)⁵⁰, se educará al personal de salud de la unidad de cuidados paliativos donde fue llevada a cabo la investigación, se procurará realizar reuniones y publicaciones y se expondrá la información en posters para ser presentada en congresos.

I/ FUENTES DE CONSULTA

Las fuentes consultadas han sido:

1. Maté J, Bayés R, González-Barboteo J, Muñoz S, Moreno F, Gómez-Batiste X. ¿A qué se atribuye que los enfermos oncológicos de una unidad de cuidados paliativos mueran en paz? *Psicooncología* 2008; 5 (2-3): 303-21.
2. Bayés R, Limonero JT, Romero E, Arranz P. ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? *Med Clin* 2000; 115 (15): 579- 582.
3. Reynoso E, Alazraki O, González-Maraña M, Alvarado S, Pulido MA. Evaluación de las necesidades de pacientes oncológicos en etapa terminal (a través del instrumento ENPOET): comparación entre muestras. *Psicooncología* 2008; 5 (1): 39- 52.
4. Chapman CR, Gravin J. Suffering the contributions of persistent pain. *Lancet* 1999; 353: 2233 – 2237.

5. Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos Modelos y protocolos. 5ªed. Barcelona. Ariel Ciencias Médicas; 2010. p. 19.
6. Benito E, Barbero J, Dones M. Monografías SECPAL. Espiritualidad en Clínica, una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. Madrid. SECPAL; 2014, (6): 53–54.
7. Steinhauser K, Clloo E, McNeilly M, Christakis N, McIntyre L, Tulsy J. In Search of a Good Death: Observations of Patients, Families and Providers. *Ann Intern Med* 2000; 132: 825-832.
8. Steinhauser K, Christakis N, Clipp E, McNeilly M, McIntyre L, Tulsy J. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians and other care providers. *J Am Med Assoc* 2000; 284 (19): 2476- 2478.
9. Ben Natan M, Garfinkel D, Shachar I. End of life needs as perceived by terminally ill older adult patients, family and staff. *Eur. J. Oncol Nurs* 2010; (14): 299- 303.
10. Viridum C, Luckett T, Davidson PM, Phillips J. Dying in the hospital setting: A systematic review of quantitative studies identifying the elements of end of life care that patients and their families rank as being most important. *Palliative Med* 2015; 29 (9): 774-796.
11. Miccinesi G, Bianchi E, Brunelli C, Borreani C. End of life preferences in advanced cancer patients willing to discuss issues surrounding their terminal condition. *Eu. J. Cancer Care* 2012; (21): 623-633.
12. Míguez Burgos A., Muñoz Simarro D. Enfermería y el paciente en situación terminal. *Enferm. glob.* [revista en Internet]. 2009 Jun [citado 2016 Abr 12]; (16): Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200018&lng=es.
13. Kübler Ross E. Sobre la Muerte y los Moribundos. 4ªed. Barcelona. Penguin Random House Grupo Editorial, S.A.U; 1975. p 338.
14. Fenwich P, Fenwich E. El Arte de Morir. Girona. Atalanta; 2015. p 312; 328.
15. Payàs A. El mensaje de las lágrimas. 3ªed. Barcelona. Paidós; 2014.
16. Gómez Julio. La hora de la verdad. Los Asuntos que no debes dejar pendientes. Barcelona. Plataforma Editorial; 2014.
17. Salinas de Lamadrid A. Acompañar en la enfermedad, el dolor y la muerte. [Internet]. México. Publicaciones Paulinas, S.A de C.V.; 2008. Capítulos 5 y 6. p 122 - 128. [citado 2016 Abr 12]: Disponible en:
<https://books.google.es/books?id=4jYyBAJ8kQAC&pg=PA14&lpg=PA14&dq=alicia+salinas+de+lamadrid&source=bl&ots=GkOUg8Mf12&sig=yXgoe8PrfBopJZ8cmj4qX2UcaEw&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj8zsnt0ahUKEwj8zsntlnMAhUMExoKHdzXAZsQ6AEIoTAF#v=onepage&q=asuntos%20pendientes&f=false>
18. Cerdá-Olmedo G, Mínguez A, Monsalve V, Vivó A, Valía JC, de Andrés J. Fases en la atención al enfermo terminal, orientaciones prácticas en el manejo de una situación difícil. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 1999; 6:46.
19. Heath Iona. Ayudar a Morir. Madrid: Katz Editores; 2008. p 43, 48, 49, 65.

20. McCourt R, Power JJ, Glackin M. General nurses' experiences of end of life care in the acute hospital setting; a literature review. *Int. J. Palliat Nurs* 2013; 19 (10): 510- 516.
21. Gawande A. Ser mortal. La medicina y lo que importa al final. Barcelona. Galaxia Gutenberg; 2015. p 178; 183.
22. Ferrell B, Coyle N. Palliative Nursing. 2nd Edition. New York. Oxford University Press; 2006. p 67- 69.
23. Cassell E. Diagnosticar el sufrimiento: una perspectiva. *Ann Inter Med* 1999; 131: 531-34.
24. Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology* 2012; 21: 1255-1264.
25. Derksen F, Bensing J, Lagro- Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice a systematic review. *BJGP* 2013; 63 (606): 76 – 84.
26. Larkin PH. Compassion. The essence of palliative and end-of-life care. Oxford University Press. 1^aed. United Kingdom 2016.
27. Idem 15. p 40- 41.
28. Gibbs Graham. El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa. Ediciones Morata, S.L. Madrid 2012. p 121- 140.
29. Shahidi J, Bernier N, Cohen SR. Quality of Life in Terminally III Cancer Patients: Contributors and content validity of instruments. *J Palliat Care* 2010 summer; 26(2): 88-93
30. Webster K, Cella D, Kost K. The functional Assessment of chronic illness therapy (FACIT) Measurement System: Properties, applications and interpretation. *Health and quality of life outcomes* 2003; 1.
31. Galiana L, Oliver A, Gomis C, Barbero J, Benito E. Cuestionarios de Evaluación e intervención espiritual en cuidados paliativos: una Revisión Crítica. *Med Paliat* 2013. <http://dx.doi.org/10.016/j.medipa.2013.02.003>
32. Benito E, Oliver A, Galiana L, Barreto P, Pascual A, Gomis C, Barbero J. Development and Validation of a New tool for the Assessment and Spiritual Care of Palliative Care Patients. *JPSM* 2014; 47 (6).
33. Selman L, Harding R, Gysels M, Speck P, Higginson IJ. The measurement of spirituality in palliative care and the content of tools validated cross-culturally: a systematic review. *JPSM* 2011; 41: 728-753.
34. Vilalta A, Valls J, Porta J, Viñas J. Evaluation of spiritual Needs of Patients with Advanced Cancer in Palliative Care Unit. *JPM* 2014; 17 (5).
35. Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Cella D. The expanded version of the Functional assessment of Chronic Illness Therapy –spiritual well-being scale (FACIT-Sp-Ex): initial report of psychometric properties. *Ann Behav Med* 1999; 21: 129.

36. Maté J, Mateo D, Bayés R, Bernaus M, Casas C, González-Barboteo J, et al. Elaboración y propuesta de un instrumento para la detección de malestar emocional en enfermos al final de la vida. *Psicooncología* 2009; 6(2): 507-518.
37. Haugan G, Rannestad T, Hammervold R, Garasen H, Espnes G.A. The self - transcendence Scale, An investigation of the factor structure Among Nursing Home patients. *J Holist Nurs* 2012; 30 (3): 147 - 159.
38. Haugan G, Rannestad T, Hammervold R, Garasen H, Espnes GA. Self- transcendence in cognitively intact nursing- home patients: a resource for well - being. *JAN* 2013; 69 (5): 1147- 1160.
39. Lyon DE, Younger J. Development and preliminary evaluation of the existential meaning scale. *J Holist Nurs* 2005; 23: 54-65
40. Barreto MP. Necesidades Emocionales de la persona al final de la vida [Apuntes]. Máster de atención paliativa integral a personas con enfermedades avanzadas 2015-2016. Universidad Autónoma de Barcelona; 2015 Dic 11; Barcelona.
41. Guía de Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. [Internet]. Madrid: SECPAL; 2014 [consulta el 6 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.secpal.com/2-definicion-de-enfermedad-terminal>
42. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatric Soc* 1975; 23 (10): 433 - 41.
43. Martínez de la Iglesia J, Dueñas R, Onis MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin* 2001; 117 (4): 129 - 134.
44. Ellershaw JE, Peat SJ, Boys LC. Assesing the effectiveness of a hospital palliative care team. *J. Palliat Med* 1995; 9 (2): 145 - 52.
45. Idem 6. p 141.
46. Sinclair S, Pereira J, Raffin S. A Thematic Review of the Spirituality Literature within palliat care. *J. Palliat Med* 2006; 9: 464 - 479.
47. Mako C, Galek K, Poppito SR. Spiritual pain among cancer patients with advanced cancer in palliative care. *J. Palliat Med*; 9: 1106 - 1113.
48. Arantzamendi M, López- Dicastillo O, Vivar CG. Investigación Cualitativa, manual para principiantes. Ediciones Eunat. España 2012. Cap 5.
49. Idem 28. p 139.
50. Código de buenas prácticas científicas. Instituto Sant Pau, Investigaciones Biomédicas. Barcelona 2010. p 22.

I/ ANEXOS

Anexo 1:

Pacientes con enfermedad terminal según criterios OMS/ SECPAL:

- Enfermedad avanzada, incurable y progresiva.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta a tratamiento curativo.
- Presencia de múltiples síntomas, intensos, multifactoriales y cambiantes.
- Intenso impacto emocional sobre el paciente y su familia.
- Repercusiones sobre estructura cuidadora.
- Pronóstico de vida menor a 6 meses.

Anexo 2:

Cuestionario de Pfeiffer SPMSQ (Short Portable Mental State Questionnaire) validado al castellano:

Valora varias funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo.

PREGUNTA	ERRORES
¿Qué fecha es hoy? (día, mes, año)	
¿Qué día de la semana?	
¿Cuál es su nº de teléfono o dirección?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Qué edad tiene?	
¿Cuándo nació? (día, mes, año)	
¿Quién es el presidente del gobierno?	
¿Quién era el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuál era el 1º apellido de su madre?	
Reste de 3 en 3 desde 20 (cualquier error hace respuesta errónea)	
TOTAL	

Interpretación:

Se adjudica un punto por cada error.

- Entre 0-2: Normal
- Entre 3-4: Deterioro cognitivo leve
- Entre 5-7: Deterioro cognitivo moderado
- Más de 8 errores: Deterioro cognitivo severo

Se permite un error adicional si el nivel educativo es bajo, y un error menos si tiene estudios superiores.

Anexo 3:

Cuestionario Guía, estudio sobre Asuntos Pendientes al final de la vida

La siguiente guía tiene como objetivo la exploración de los posibles asuntos pendientes a resolver de los pacientes al final de la vida. Para la aplicación de esta misma es requisito la preexistencia de una relación profesional-paciente, construida a partir de previos encuentros.

Se busca la indagación del mundo interno del paciente, por lo que es necesario que el entrevistador adopte una actitud compasiva, presente y desprovista de juicios, favoreciendo un ambiente de intimidad donde el enfermo se sienta acogido.

Esta guía deberá ser utilizada solo a modo de orientación. El profesional deberá adaptar los tiempos y preguntas según la individualidad de cada paciente, siendo consciente que se adentra en la intimidad de este mismo. Se recomienda iniciar la entrevista preferentemente con preguntas abiertas (Tabla A) y a medida que el enfermo vaya entrando en la dinámica de su propia exploración se podrán ir abordando preguntas dirigidas (Tabla B). Debe ser una entrevista flexible, que puede efectuarse en varias etapas según los tiempos de cada paciente.

Por último, es importante destacar que no hay respuestas “correctas” o “incorrectas” [1], sino que solo se busca la exploración.

A continuación, se presentan las preguntas divididas en abiertas y dirigidas:

Tabla A:

Preguntas Abiertas:

- ¿Qué te preocupa? / ¿Hay algo que te tenga intranquilo?
- ¿Qué temes?
- ¿Sientes que hay algo que tengas pendiente por hacer?
- ¿Qué es lo que más valoras en estos momentos?

Tabla B:

Preguntas Dirigidas: Los constructos se descomponen en distintas categorías:

- Reconciliación:

- Personal:

- ¿Estás en paz contigo mismo?
- ¿Hay algo que necesitas perdonarte?
- ¿Has hecho en tu vida lo que sentías que tenías que hacer? (GES)
- ¿Encuentras sentido a tu vida? (GES) / ¿Tienes una razón por qué vivir? (FACIT- Sp)

- Interpersonal:
 - ¿Te sientes en paz y reconciliado con los demás? (GES)
 - ¿Te sientes querido por las personas que te importan? (GES)
- Transpersonal:
 - ¿Te sientes conectado con una realidad superior? (GES)
 - ¿Encuentras fuerzas en tu fe o creencia religiosa? (FACIT- Sp)
- **Legado emocional – afectivo:**
 - ¿Hay algo que te gustaría y aún no has expresado a tus seres queridos?
 - ¿Cómo te gustaría que te recordaran?
- **Económica- patrimonial:**
 - ¿Necesitas resolver el orden y distribución de tus bienes materiales?; ¿Por qué?
 - ¿Sientes la necesidad de realizar un testamento?
 - ¿Sientes la necesidad de hablar de estos temas (económicos) con tus cercanos?
- **Funeral- entierro:**
 - ¿Tienes alguna petición especial para el día en que partas de este mundo?
 - ¿Sientes la necesidad de planificar tus ritos de despedida o el proceder de lo que pase con tus cosas?
 - ¿Por qué?

(Ejemplo desarrollado por Doña María José Barredo Serrano para una Maestría sobre Cuidados Paliativos)

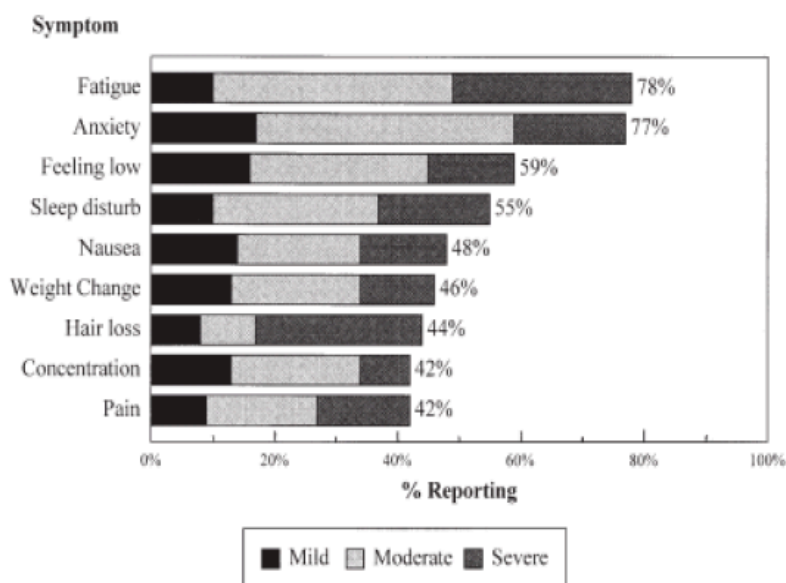
2. TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA/DOCUMENTAL: Efectos de un programa de MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) como recurso terapéutico para mejorar la calidad de vida de pacientes en Cuidados Paliativos: revisión sistemática.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (2015), las enfermedades terminales son la causa actual del 60% de las muertes prematuras a nivel mundial. Las principales enfermedades que tienen relación con el fallecimiento de individuos son el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

Padecer una enfermedad crónica supone un impacto psíquico importante en la persona que la padece. Las enfermedades terminales causan temor y estrés significativo por la gravedad que representan a nivel sociocultural y a nivel individual (personalidad, experiencias cercanas o propias, religión, carácter, etc.).

En un estudio canadiense de 913 pacientes se encontró que el 94% experimentan uno o más de los siguientes síntomas durante la enfermedad que le afectan a nivel psicológico y su calidad de vida: Fatiga (78%), ansiedad (77%), depresión (59%) e insomnio (55%) (Ashbury et al., 1998).



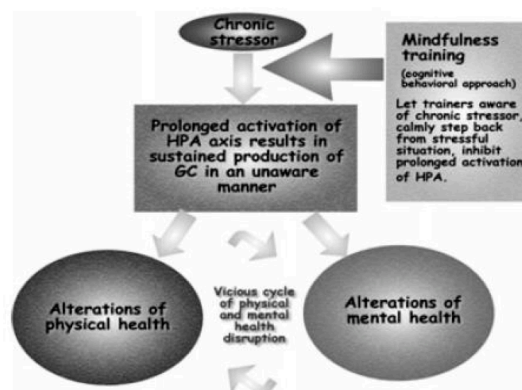
Cuando el enfermo se encuentra en este escenario, de evolución inalterable hacia la muerte, entra en el período de terminalidad en la que se presenta en mayor grado síntomas de ansiedad, depresión, desesperanza y delirio por los dolores que está sintiendo a nivel fisiológico, la impotencia por planes futuros, la frustración que le causa el temor a morir, el hecho de dejar a su familia y en qué estado dejarla, así como

la incertidumbre de si sus necesidades, tanto físicas, psicológicas como espirituales, quedarán cubiertas durante el proceso anterior a su muerte (Matías et al, 1995).

Dentro de los recursos terapéuticos existentes, la reducción del estrés basado en Mindfulness (MBSR) es un tipo de intervención elaborada por el Dr. Jon Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, 1982) que consiste en “la intención sostenida de centrar la atención en la realidad del momento presente, aceptándola sin juicios y sin dejarse llevar por los pensamientos ni por las reacciones emotivas del momento ” y, por tanto, “requiere mantener la atención en lo que ocurre aquí y ahora” (Martín-Asuero & García-Banda, 2010).

La reacción de Lucha o huida descrito por Walter Cannon en 1927 es una buena referencia para explicar los efectos del Mindfulness. Se encuentra gráficamente explicada en anexos y se trata de que cuando un estímulo, como una enfermedad terminal, percibido como amenaza, activa de manera intensa y prolongada el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (eje HHA), se produce abundante cantidad de la hormona del estrés, glucocorticoide (GR). La exposición a largo plazo de GR es perjudicial y dañino para la salud física y mental del cuerpo que incluye la desregulación emocional, la depresión, supresión del sistema inmune y agravamiento del nivel de dolor.

Aquí es donde entra el MBSR, que va a permitir desarrollar la habilidad de conocimiento y de estar atentos a los factores de estrés presentes. A su vez, esto permite ver desde otra perspectiva los pensamientos y sentimientos estresantes, en lugar de envolverse en la preocupación, ansiedad o pensamientos negativos. Por lo tanto, el MBSR logrará inducir la relajación del cuerpo, la recarga de energía mental y promover la salud física y mental de pacientes (Thase & Howland 1995).



El presente estudio tiene como objetivo presentar una revisión sistemática y evaluación crítica de la evidencia existente sobre la eficacia del MBSR como recurso terapéutico para mejorar la calidad de vida de pacientes en Cuidados Paliativos.

Método

Búsqueda bibliográfica

La búsqueda de artículos se realizó en bases de datos informatizadas, incluyendo PUBMED, PsycINFO y Cochrane. La palabra «MBSR» fue siempre utilizada como criterio de búsqueda, quedando combinada junto con el operador «AND» a las siguientes palabras clave: cáncer, palliative care, end of life cancer, terminal cancer, terminal illness.

Selección de estudios

El proceso para la selección de los estudios está basado en el diagrama de flujo PRISMA con razones para exclusión. Se identificaron X estudios de los cuales X cumplían los criterios de selección para la revisión sistemática. Se realizó la búsqueda en pacientes con cáncer haciendo énfasis en pacientes con enfermedades terminales.

Criterios de exclusión

Se excluyeron los estudios que pertenecían a algunas de las siguientes categorías: estudios publicados en forma de resumen y/ o revisiones, no escritos en inglés o español, relacionados con otras enfermedades, estudios donde los participantes eran menores de 18 años y estudios que no aplicaban un programa de intervención.

Criterios de inclusión

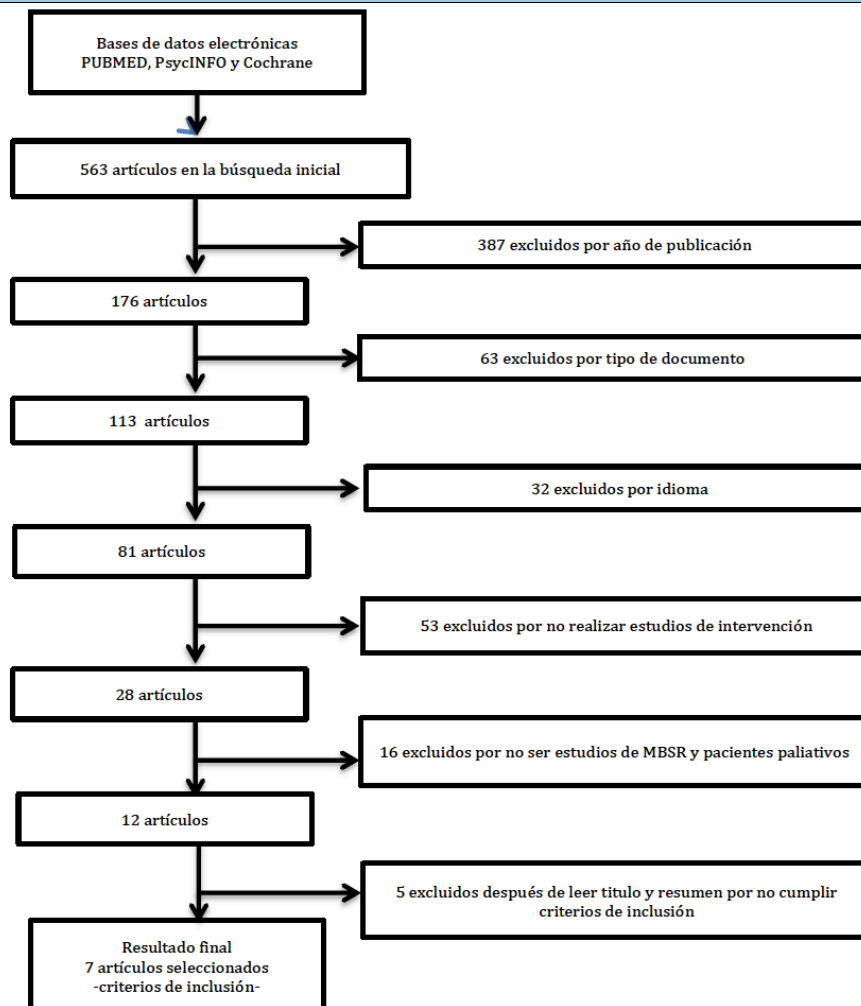
Tipo de estudio: Estudios de MBSR para pacientes con cáncer, en inglés o en español. Tipo de participantes: Participantes mayores de 18 años con un diagnóstico de cáncer (especial énfasis en pacientes paliativos).

Tipo de intervención: MBSR.

Tipo de medida de resultados: Estudios que reportaban mejoramiento en calidad de vida, funcionamiento físico (dolores crónicos), y aspectos psicológicos (estrés, depresión, ansiedad, alteración del estado de ánimo) en los pacientes.

Resultados

Siguiendo la estrategia definida, el resultado de la búsqueda sistemática inicial fue de 563 artículos. En un primer análisis, 387 estudios fueron excluidos por año de publicación, 63 por tipo de documento, 32 fueron excluidos por el idioma, ya que no eran ni en inglés ni en español, 53 luego de notar que no se trataba de un programa de intervención de MBSR, 16 por no ser estudios de MBSR relacionados con pacientes paliativos o con cáncer y finalmente 5 fueron excluidos al realizar un estudio más profundo y descubrir que, por títulos y/o resúmenes no cumplían los criterios de inclusión. Finalmente, se seleccionaron 7 estudios utilizados como base de la revisión. En la siguiente figura se muestra el diagrama de flujo utilizado para la selección de los artículos.



De los siete artículos, siguiendo como premisa encontrar mejoría en la calidad de vida de pacientes en Cuidados Paliativos, se encontró que, después de la aplicación del programa de MBSR, en cuatro de los estudios hubo menor puntuación en depresión (9, 10, 12, 14) y en cinco, menor puntuación en ansiedad (9, 10, 11, 12, 14). En uno (15) se encontró mejorías importantes en la vitalidad del paciente, en las habilidades sociales, sentimientos de paz y felicidad y en la salud mental. En cuanto al funcionamiento físico (dolores crónicos) se encontró uno (13) en el que mejoraba la intensidad del dolor, así como el estrés causado por este. Tres estudios probaron mejoría en la alteración del estado de ánimo (9, 10, 11). Acerca del estrés que viven los pacientes, tres estudios (9, 10, 11) encontraron una mejoría estadísticamente significativa luego de la intervención. En relación con la alteración del sueño, un estudio (10) mostró como este se reducía después del programa. En cuanto al diseño, 1 era exploratorio, quasi-experimental, comparativo, 1 era quasi-experimental, 1 era un ensayo clínico aleatorizado, comparativo, 1 era comparativo, no aleatorizado y 2 fueron aleatorizados con lista de espera controlada.

Estudio	País	Sujetos	Programa	Diseño/Tipo de estudio	Resultados	Observaciones
Rod, K. (2015)	Canadá	N=47	MBSR	No especificado	Durante el año de observación se encontró mejoramiento en depresión (HDRS: antes: 100% anoto 14 o más. Después: 60% anoto <7) Ansiedad (HADS: antes: 100% puntuó 11 o más. Después: 59% puntuó <7) Dolor (antes: dolor severo 20%. Después: dolor severo: 9%)	Pacientes con dolores crónicos que sufren de ansiedad y depresión pueden beneficiarse al incorporar el MBSR en sus planes de tratamiento.
León, C., et al. (2013)	España	N=37	MBSR vs Psicoeducación estándar	Exploratorio quasi experimental comparativo	En el grupo que recibía MBSR se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las medidas: Depresión ($p<0.001$), calidad de vida ($p=0.011$)	MBSR produce una mejoría importante en el malestar emocional y en la calidad de vida, superior a lo que puede lograrse con una intervención psicoeducativa. No obstante, no se puede afirmar que el MBSR será la técnica de elección en todos los casos.
Tsang, S. (2012)	China	N=60	MBSR	cuasi-experimental	Diferencias significativas en dolores corporales a la semana de práctica ($B=0.55$, $p=0.00$). Mejorías en la vitalidad ($B=0.967$, $p=0.00$), habilidades sociales ($B=0.814$, $p=0.000$), sentimientos de paz y felicidad ($B=0.454$, $p=0.000$) y salud mental ($B=1.304$, $p=0.000$) después de un mes de entrenamiento.	MBSR resulta más económico para el hospital siendo el único requisito una persona entrenada en Mindfulness (enfermera, psicóloga, etc.).
Yeung- Shang Wong, S. et al. (2011)	China	N=99	MBSR vs programa de intervención multidisciplinar	Ensayo clínico aleatorizado, comparativo	En ambos grupos los pacientes demostraron mejoría estadísticamente significativa en la intensidad del dolor y estrés relacionado con el dolor.	No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos programas. Ambos son capaces de reducir la intensidad del dolor y el estrés causado por este.
Garland S. et al. (2007)	Canadá	N=104	MBSR vs healing arts programs	Comparativo no aleatorizado	Los participantes en ambos grupos mejoraron significativamente. Los participantes de MBSR tuvieron resultados más altos en espiritualidad, y más bajos	Es posible que el programa de MBSR ayude más en promover la espiritualidad y

						en ansiedad, ira, síntomas de estrés y alteración del estado de ánimo.	reducir el estrés e ira.
	Carlson L. & Garland S. (2005)	Canadá	N=63	MBSR	Aleatorizado con lista de espera controlada	Participantes reportaron inicialmente dormir aproximadamente 6 horas por noche. Al terminar el programa reportaron dormir aproximadamente 7 horas. También hubo mejoría significativa en el estado de ánimo después de participar en el programa. La alteración del sueño se redujo $p<.001$ y mejoró la calidad del sueño $p<.001$. Se encontró reducción de estrés $p<.001$, de alteración del estado de ánimo $p=.001$ y fatiga $p<.001$	Se encontró un incremento estadísticamente significativo en la calidad del sueño luego de participar en el programa. Se vieron cambios positivos importantes en ansiedad, depresión, estrés hostilidad y confusión.
	Specia M. et al. (2000)	Canadá	N=90	MBSR	leatorizado con lista de espera controlada	Pacientes que recibieron tratamiento tuvieron puntaje significativamente más bajos en alteración del estado de ánimo, depresión, ira, ansiedad, confusión y mayor energía que el otro grupo. Así mismo se encontró menor irritabilidad emocional y desorganización cognitiva. La alteración del estado de ánimo bajo en un 65%, y un 31% en síntomas de estrés.	Este programa resulta efectivo en reducir la alteración del estado de ánimo y síntomas del estrés en pacientes de ambos sexos con una variedad de diagnósticos de cáncer, estadios de la enfermedad y edades.

Discusión

Son numerosas las investigaciones científicas que han verificado que la práctica de MBSR es una herramienta eficaz para reducir el malestar psicológico, los síntomas físicos, el estrés y mejorar la calidad de vida.

El problema se encuentra en que los estudios que especifican la utilidad del MBSR en pacientes en Cuidados Paliativos son extremadamente reducidos y, por diferentes aspectos, no muchos tienen la validez necesaria. Por esto, en muchos casos, se utilizan como referencia los que tienen relación a enfermedades oncológicas que siguen siendo útiles, ya que existe el componente emocional que se ha buscado estudiar.

Aun así, quedan variables por solucionar respecto al grado de eficacia concreto que puede producirse aplicando el MBSR a pacientes oncológicos terminales. Temas sobre limitaciones metodológicas en investigaciones publicadas, tipos de diseños, tamaño de efecto, grupos control, etc., hacen que comprobar la eficacia del programa para pacientes específicamente paliativos sea extremadamente reducida, por esto se toman en cuenta más que nada el trabajo del programa de MBSR en síntomas específicos que suelen caracterizar a pacientes en etapas terminales.

Por todo esto, resulta difícil ser muy precisos al describir al MBSR como la mejor técnica para este tipo de pacientes en comparación con muchas otras que se puedan utilizar. Es por eso que es importante llevar a cabo la concientización sobre la importancia de dar a conocer el grado específico de eficacia del MBSR sobre distintos indicadores acerca de la calidad de vida de pacientes. Para esto se necesitaría, por ejemplo, elaborar investigaciones que utilicen diseños aleatorizados en los que el grupo control adopte una intervención en la que se aplique alguna herramienta en la que la eficacia haya sido ya previamente demostrada.

Lo que es innegable es que el MBSR es útil, es eficaz y que ha ayudado a un sinnúmero de personas en situaciones determinantes de sus vidas. Lo interesante del Mindfulness es que no se centra en un solo tipo de práctica o es solo para cierto tipo de pacientes, o tiene algún rango de edad o características específicas. Es una herramienta práctica, sencilla y sumamente poderosa para la persona que cree que esta le va a ayudar en su malestar.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. (17 de Abril de 2015). *Temas*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
2. Ashbury F.D., Findlay H., Reynolds B. & McKerracher K.A. (1998) A Canadian survey of cancer patients' experiences: are their needs being met? *Journal of Pain and Symptom Management* 16(5), 298–306.
3. Thase M.E. & Howland R.H. (1995). Biological Processes in Depression: An updated Review and Integration, in Beckham & Leber: *Handbook of Depression*. Guilford Press, New York, NY.
4. Matías J., Manzano J.M., Montenejo A., Llorca G., Carrasco J.L. (1995). Psicooncología: Ansiedad. *Actas Luso-Españolas Neurología y Psiquiatría*, pp. 305-309.
5. Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*, 4,33-47.
6. Maslow, A. (1943). A Theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-96.
7. Martín-Asuero A. & García-Banda G. (2010). The Mindfulness-based Stress Reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *Span J Psychol*, 13:897-905.
8. Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & the PRISMA Group, (2009). *Diagrama de flujo PRISMA*
9. Specia M., Carlson L., Goodey E., Angen M. (2000). A randomized, waitlist controlled clinical trial: The effect of a Mindfulness-Based Stress Reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Med*;62:613-22.
10. Carlson L.E., Garland S.N. (2005). Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *Int J Behav Med*;12(4):278–285.
11. Garland S.N., Carlson L.E., Cook S., Lansdell L., Specia M. (2007). A nonrandomized comparison of mindfulness-based stress reduction and healing arts programs for facilitating post-traumatic growth and spirituality in cancer outpatients. *Support Care Cancer*;15(8):949–961.
12. Rod K. (2015). Observing the Effects of Mindfulness-Based Meditation on Anxiety and Depression in Chronic Pain Patients. *Pain Medicine*; 16: 641–652.
13. Yeung-Shan S., Wan-Kin, F., Lai-Ping R., Chu M., Kitty Y., Mercer S. (2011). Comparing the Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction and Multidisciplinary Intervention Programs for Chronic Pain A Randomized Comparative Trial. *Clin J Pain*. 27:8.
14. Concha L., Mirapeix R., Blasco T., Jovell E., Arcusa A., Martín A., Seguí M. (2013). Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar. *Psicooncología*; 10:2-3
15. Tsang S., Suk-Bing E., Ching S., Kok-Long J. (2012). The benefit of mindfulness-based stress reduction to patients with terminal cancer. *Journal of Clinical Nursing*; 21:2689