

Inés Hernández Garcés

Celia Martínez Termens

**ABORDAJE MULTIDIMENSIONAL DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS:
REVISIÓN NARRATIVA DESDE EL MODELO DE DOLOR TOTAL DE CICELY
SAUNDERS**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Eva de Mingo Fernández

Grado de enfermería



**UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI
FACULTAT D'INFERMERIA**

TARRAGONA 2026

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar y de forma especial, queremos agradecer a nuestra tutora, Eva de Mingo Fernández, por la paciencia, ayuda, acompañamiento e implicación durante todo el proceso de elaboración del Trabajo de Fin de Grado.

A la Universitat Rovira i Virgili, por haber sido casa aun estando lejos de ella. A los profesores, por enseñarnos esta bonita profesión y guiarnos en este camino que nos enseña diariamente el valor de la empatía, la resiliencia y la humanidad. Nos sentimos profundamente orgullosas de formar parte de esta disciplina, y esperamos ejercerla siempre con el mismo respeto y pasión con los que hoy presentamos este trabajo.

A nuestras familias, quienes han sido nuestro pilar fundamental y motor durante estos años de carrera; su apoyo incondicional y su confianza en nuestras capacidades han hecho posible que hoy alcancemos esta meta. Por su esfuerzo, para que pudiéramos dedicarnos a lo que más nos gusta. Sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

Por último, a nosotras, porque hemos demostrado una vez más que somos el mejor equipo y que juntas somos capaces de superar cualquier dificultad. No solo por sacar adelante nuestro trabajo de fin de grado, sino por haber hecho de estos cuatro años un camino mucho más fácil y especial.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	8
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Definición del dolor.	10
2.2 Dolor oncológico y clasificación del dolor físico.	10
2.3 Modelo de dolor total de Cicely Saunders.	11
2.4 Evaluación multidimensional del dolor.	14
2.4.1 Escalas de valoración.	15
2.4.2 Reevaluación Continua y Medidas de Resultados Reportadas por el Paciente (PROMs)	17
2.5 Tratamiento del dolor desde una perspectiva multidimensional.	18
2.5.1 Dolor físico.	18
2.5.2 Dolor emocional.	20
2.5.3 Dolor social.	21
2.5.4 Dolor espiritual.	22
2.6 Abordaje de enfermería.	23
3. OBJETIVOS	24
3.1. Objetivo general.	24
3.2. Objetivos específicos.	24
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	24
5. METODOLOGÍA	24
5.1 Estrategia de búsqueda.	27
5.2 Uso de herramientas de Inteligencia Artificial	28
6. RESULTADOS	30
7. DISCUSIÓN	42
8. LIMITACIONES	45
9. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	46
10. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA	46
11. CONCLUSIONES	48
12. BIBLIOGRAFÍA	50

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Escalas de valoración del dolor físico	15
Tabla 2. Escalas de valoración del dolor psicosocial	16
Tabla 3. Cuestionarios de evaluación del dolor espiritual	16
Tabla 4. Cuestionarios de evaluación del dolor multidimensional	17
Tabla 5. Tabla de descriptores	25
Tabla 6. Criterios de inclusión y de exclusión de los estudios	26
Tabla 7. Estrategia de búsqueda	29
Tabla 8. Síntesis de evidencia	30
Ilustración 1. Interacción de las dimensiones del dolor según el modelo de Cicely Saunders.	13
Ilustración 2. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica en la base de datos. ...	28
Ilustración 3. Integración de las dimensiones del dolor según la literatura revisada. .	45

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS:

AINEs: Antiinflamatorios No Esteroideos.

BPI: Brief Pain Inventory.

CCR: Cáncer colorrectal.

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud.

EASE: Emotion And Symptom-focused Engagement.

ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

ENS: Escala numérica del dolor.

EORTC QLQ-C30: European Organisation for Research and Treatment of Cancer
Quality of Life Questionnaire

EVA: Escala visual analógica.

FACIT-Sp: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being.

GAD: Generalized Anxiety Disorder.

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale.

HOPE: Hope Spiritual Assessment Tool.

IASP: International Association for the Study of Pain.

MBCT: Mindfulness-Based Cognitive Therapy.

MeSH: Medical Subject Headings.

NPIQ: Neuropatía periférica inducida por quimioterapia.

NRS: Numeric Rating Scale.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PHQ: Patient Health Questionnaire.

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses.

PROMs: Patient-Reported Outcome Measures (Medidas de Resultados Reportadas por el Paciente).

WoS: Web of Science.

RESUMEN

Objetivos: Analizar el abordaje multidimensional del dolor en pacientes oncológicos adultos desde la perspectiva del “dolor total” de Cicely Saunders; identificar las intervenciones enfermeras utilizadas en su manejo; determinar en qué medida se contemplan las diferentes dimensiones del dolor física, psicológica, social y espiritual; proponer recomendaciones para integrar el abordaje multidimensional del dolor en la práctica enfermera y mejorar la atención al paciente oncológico.

Métodos: Se realizó una revisión narrativa mediante la búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed, Scopus y Web of Science (WoS). El proceso de identificación, selección y cribado de los estudios se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones de la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). El período de selección de artículos se llevó a cabo entre marzo y abril de 2026. Se incluyeron estudios publicados en los últimos cinco años, en inglés o español, incluyendo revisiones, metaanálisis y estudios cualitativos y cuantitativos relacionados con el abordaje multidimensional del dolor oncológico.

Resultados: Se seleccionaron un total de 9 artículos publicados entre 2021-2026 tras aplicar los correspondientes criterios de inclusión/exclusión de los 1113 artículos totales. Los artículos muestran que, si bien la dimensión física sigue siendo el foco principal de la atención clínica, existe una interrelación muy estrecha con las esferas psicológica, social y espiritual. En cuanto a las intervenciones enfermeras, la evidencia destaca su papel fundamental en el abordaje multidimensional, combinando el tratamiento farmacológico con intervenciones no farmacológicas orientadas al autocuidado, el apoyo emocional y la mejora de la calidad de vida.

Conclusiones: El abordaje actual aún presenta una brecha entre la teoría del Dolor Total y la práctica asistencial, siendo necesaria una mayor integración de las dimensiones espiritual y social en los protocolos asistenciales. En este contexto, resulta necesario reforzar las estrategias de cuidado integral que trasciendan el control sintomático y aborden la calidad de vida global del paciente oncológico.

PALABRAS CLAVE: cáncer; dolor oncológico; dolor total; Cicely Saunders; intervenciones enfermeras; manejo del dolor.

RESUM

Objectius: Analitzar l'abordatge multidimensional del dolor en pacients oncològics adults des de la perspectiva del "dolor total" de Cicely Saunders; identificar les intervencions infermeres utilitzades en el seu maneig; determinar en quina mesura es contemplen les diferents dimensions del dolor física, psicològica, social i espiritual; proposar recomanacions per integrar l'abordatge multidimensional del dolor a la pràctica infermera i millorar l'atenció al pacient oncològic.

Mètodes: Es va realitzar una revisió narrativa mitjançant la cerca bibliogràfica en les bases de dades de PubMed, Scopus i WoS. El procés d'identificació, selecció i cribatge dels estudis es va dur a terme seguint les recomanacions de la declaració PRISMA. El període de selecció d'articles es va dur a terme entre març i abril de 2026. Es van incloure estudis publicats en els darrers cinc anys, en anglès o espanyol, incloent revisions, metaanàlisi, estudis qualitius i quantitius relacionats amb l'abordatge multidimensional del dolor oncològic.

Resultats: Es van seleccionar un total de 9 articles publicats entre 2021-2026 després d'aplicar els corresponents criteris d'inclusió/exclusió dels 1113 articles totals. Els resultats mostren que, si bé la dimensió física continua sent el focus principal de l'atenció clínica, existeix una interrelació estreta amb les esferes psicològica, social i espiritual. Quant a les intervencions infermeres, l'evidència destaca el seu paper fonamental en l'abordatge multidimensional, combinant el tractament farmacològic amb intervencions no farmacològiques orientades a l'autocura, el suport emocional i la millora de la qualitat de vida.

Conclusions: L'abordatge actual encara presenta una bretxa entre la teoria del Dolor Total i la pràctica assistencial, per tant, cal una major integració de les dimensions espiritual i social en els protocols assistencials. En aquest context, resulta necessari reforçar les estratègies de cura integral que transcendeixin el control simptomàtic i abastin la qualitat de vida global del pacient oncològic.

PARAULES CLAU: càncer; dolor oncològic; dolor total; Cicely Saunders; intervencions infermeres; maneig del dolor.

ABSTRACT

Objectives: To analyze the multidimensional approach to pain in adult oncology patients from the perspective of Cicely Saunders' concept of "total pain"; to identify the nursing interventions used in its management; and to determine how the physical, psychological, social, and spiritual dimensions of pain are addressed; to propose recommendations for integrating the multidimensional approach to pain into nursing practice and improving care for cancer patients.

Methods: A narrative review was conducted through a bibliographic search in the PubMed, Scopus, and WoS databases. The process of identification, selection, and screening of studies was carried out following the PRISMA statement recommendations. The article selection period took place between March and April 2026. Studies published within the last five years, in English or Spanish, were included, encompassing reviews, meta-analyses, and qualitative and quantitative studies related to the multidimensional approach to cancer pain.

Results: A total of 9 articles published between 2021 and 2026 were selected after applying the corresponding inclusion and exclusion criteria to the initial 1,113 records. The studies show that, although the physical dimension remains the primary focus of clinical care, there is a close interrelationship with the psychological, social, and spiritual domains. Regarding nursing interventions, the evidence highlights their key role in the multidimensional approach, combining pharmacological treatment with non-pharmacological interventions aimed at self-care, emotional support, and improving quality of life.

Conclusions: The current approach still shows a gap between the theory of total pain and clinical practice, indicating the need for greater integration of the spiritual and social dimensions into care protocols. In this context, it is necessary to strengthen comprehensive care strategies that go beyond symptom control and address the overall quality of life of oncology patients.

KEYWORDS: cancer; oncological pain; total pain; Cicely Saunders; nursing interventions; pain management.

1. INTRODUCCIÓN

El dolor constituye uno de los síntomas más prevalentes y discapacitantes del cáncer afectando en una proporción significativa a pacientes en todas las etapas de su trayectoria oncológica. A pesar de la disponibilidad de guías clínicas y opciones terapéuticas cada vez más amplias, el manejo de este dolor sigue enfrentando barreras significativas que conducen al infratratamiento en numerosos casos, por lo que, sigue siendo un desafío en la práctica clínica actual. Se calcula que afecta al 55% de los pacientes durante el tratamiento activo y hasta el 80% en fases avanzadas de la enfermedad, representando un desafío clínico, ético y humanitario. Aproximadamente un 50% de los pacientes que han sobrevivido a algún tipo de cáncer van a vivir con dolor crónico (1).

El modelo biomédico tradicional del tratamiento del dolor tiende a ver este, únicamente a través de la biología y la fisiología, por lo que los determinantes físicos del dolor suelen seguir siendo el foco predominante en la práctica clínica (2). Si bien este enfoque puede ser efectivo para el dolor agudo, no tiene en cuenta los aspectos psicológicos, sociales y culturales del dolor (3). A diferencia del modelo biopsicosocial, que adopta una perspectiva holística y multidimensional que enfoca la atención en los aspectos preventivos, la promoción de la salud y la importancia de las variables contextuales, físicas y sociales (4).

Siguiendo el modelo tradicional, la evaluación del dolor se ha centrado principalmente en la medición de la intensidad mediante escalas unidimensionales. La guía para el manejo de estos pacientes ha sido la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, un porcentaje significativo de pacientes experimenta un alivio insuficiente o efectos adversos limitantes que restringen la eficacia de la terapia (5). La escala constituyó un avance decisivo en el manejo del dolor oncológico al establecer un modelo terapéutico escalonado, sencillo y ampliamente aplicable. No obstante, su enfoque predominantemente farmacológico resulta limitado en el contexto actual, donde el dolor se entiende como una experiencia multidimensional, lo que ha impulsado la adopción de modelos más integradores de tipo biopsicosocial.

Tanto es así, que numerosos estudios evidencian que la intensidad del dolor es solo uno de los múltiples componentes que influyen en la experiencia dolorosa. Factores como el estado emocional, el afrontamiento, el contexto social, la funcionalidad, las

creencias culturales, el apoyo familiar o el sufrimiento espiritual pueden modular la percepción del dolor, su tolerancia y su respuesta al tratamiento. Por tanto, limitar la valoración a un único parámetro supone una visión reduccionista incompatible con los principios del modelo biopsicosocial y de la atención centrada en la persona (6,7).

En este contexto, surge el concepto de “dolor total”, desarrollado por Cicely Saunders (8), que define el dolor como una experiencia multidimensional que integra componentes físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Se trata de una experiencia compleja y subjetiva que cambia con el tiempo y que se ve influida por multitud de factores como son los antecedentes personales, el estado de ánimo, el entorno sociocultural, las expectativas de cada persona y la actividad cognitiva.

El manejo del dolor oncológico, por tanto, requiere un abordaje integral basado en el modelo biopsicosocial, que contemple tanto intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, y atienda a las diferentes dimensiones del dolor. Este enfoque no solo permite una mejor gestión del síntoma, sino también una atención centrada en la persona, favoreciendo el bienestar global y el afrontamiento de la enfermedad.

El dolor no controlado afecta al bienestar físico, emocional y social, limitando la autonomía y generando alteraciones como ansiedad, depresión o desesperanza. En este contexto, el papel de la enfermería resulta fundamental en la evaluación continua, la aplicación de intervenciones basadas en la evidencia y la educación al paciente y su familia. Las intervenciones no farmacológicas, lideradas frecuentemente por profesionales de enfermería, emergen como un componente esencial dentro de los cuidados oncológicos, ofreciendo herramientas para el autocontrol del síntoma y la mejora de la calidad de vida (9).

El interés por el manejo del dolor en el paciente oncológico surge tanto de la formación académica como de la experiencia clínica y personal, al evidenciar que el dolor es uno de los síntomas más frecuentes y difíciles de controlar, con un impacto significativo en la calidad de vida del paciente y su entorno.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Definición del dolor.

La OMS, adopta la definición oficial de la International Association of the Study of Pain (IASP), que define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o no a una lesión tisular real o potencial (10).

La prevalencia del dolor entre los pacientes con cáncer varía ampliamente y está influenciada por numerosos factores. En pacientes que se encuentran bajo tratamiento activo del cáncer se estima alrededor del 30%, oscilando entre el 24 y el 60% en algunas series. En pacientes con casos más avanzados, la prevalencia de dolor se sitúa en torno al 64%, incrementándose estos datos en algunas publicaciones, llegando a alcanzar un porcentaje del 86%. Entre aquellos que recibieron tratamiento contra el cáncer se estima una prevalencia del 59% (11).

2.2 Dolor oncológico y clasificación del dolor físico.

El dolor oncológico es aquel que está provocado por el tumor primario y/o sus metástasis. Puede estar desencadenado por fenómenos de la propia enfermedad o debido a los tratamientos y patologías asociadas (12).

La clasificación del dolor la podemos hacer atendiendo a su duración, patogenia, localización, curso, intensidad.

A. Según su duración

- Agudo: episodios de intensidad moderada alta con una duración de menos de una semana con escaso componente psicológico.
- Subagudo: duración entre 7 días y 6 meses con cierto componente psicológico y emocional.
- Crónico: duración de más de 6 meses acompañado de un importante componente psicológico. Es el dolor típico del paciente con cáncer.

B. Según su patogenia

- Neuropático: Está producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas.
- Nociceptivo: Este tipo de dolor es el más frecuente y se divide en somático y visceral.

- Psicógeno: Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo.

C. Según la localización

- Somático: Se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, músculo esquelético, vasos, etc).
- Visceral: Se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales. Este dolor es sordo, continuo y profundo con irradiación difusa.

D. Según el curso

- Continuo: Persistente en el tiempo y no desaparece.
- Irruptivo: Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable.

E. Según la intensidad

- Leve: Puede realizar actividades habituales.
- Moderado: Interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores.
- Severo: Interfiere con el descanso. Precisa opioides mayores (13).

2.3 Modelo de dolor total de Cicely Saunders.

El dolor oncológico puede manifestarse no solo como una experiencia física, sino que también afecta de manera multidimensional la calidad de vida del paciente (1). En este contexto, resulta pertinente introducir el concepto de dolor total.

El modelo de “dolor total” desarrollado por Cicely Saunders constituye uno de los pilares conceptuales de los cuidados paliativos contemporáneos (14). Su relevancia se mantiene en la actualidad, ya que continúa siendo la base de los modelos modernos de cuidados paliativos y del enfoque holístico centrado en la persona. Este concepto sigue utilizándose ampliamente en oncología para orientar tanto la valoración clínica como la planificación terapéutica (10).

En 1964 Cicely Saunders formuló este término a partir de su experiencia como enfermera, trabajadora social y médica trabajando con pacientes terminales. Es descrito como un dolor que va más allá de lo físico, incluyendo elementos sociales, emocionales y espirituales y que debe ser tenido en cuenta por quién cuida al paciente. Al proponer este término, Saunders plantea un estilo de trabajo que pone en el centro del quehacer

clínico la subjetividad y la particularidad del paciente que padece dolor, en especial, si este dolor acompaña su tránsito hacia la muerte.

Los cuatro factores de los que habla Saunders son el físico, el psicológico, el social y el espiritual. Esto es, la misma situación del paciente puede afectar a las diferentes dimensiones. La distinción analítica de estos factores se hace con el objetivo de enriquecer nuestra comprensión de los fenómenos a partir de la indagación de su naturaleza. También, porque en ocasiones estos factores pueden encontrarse de manera más aislada, haciendo que su identificación e intervención puedan facilitarse (8).

En el ámbito de la enfermería, este modelo ha ejercido una influencia decisiva en el desarrollo de enfoques asistenciales integrales. En particular, ha promovido la valoración holística del paciente más allá del síntoma físico, la integración del apoyo emocional, social y espiritual en la práctica clínica, y el trabajo en equipos interdisciplinarios, elemento clave en los cuidados paliativos (15). Este enfoque permite diseñar intervenciones más individualizadas y eficaces, en consonancia con los principios actuales de la atención paliativa integral (16).

Para que el dolor no se convierta en el centro de la vida del paciente, el profesional debe poner en el centro de su atención a la persona. En el caso del paciente con cáncer avanzado, en algunos casos de sida y en la fase terminal de otras enfermedades, este concepto describe el dolor como un fenómeno complejo. Es importante identificar la experiencia del enfermo desde el concepto de 'sufrimiento' que, de acuerdo con Saunders, es una experiencia que "le sucede a las personas y no a los cuerpos". El sufrimiento es una categoría que permite redimensionar el dolor en múltiples aspectos:

- **Dolor físico:** se hace presente en la experiencia sensorial de un daño tisular real o potencial. Los pacientes con cáncer presentan dolor en el 60 % de los casos cuando se encuentran en tratamiento activo, en enfermedad avanzada en un 65 %, en fases finales un 90 % y en sobrevivientes de esta enfermedad en un 33 %. El 70 % de los pacientes relaciona de forma directa que el dolor no controlado empeora su calidad de vida, sumado a otros síntomas que pueden estar relacionados con efectos adversos de los tratamientos o de su patología en sí, como el insomnio, la fatiga crónica, la ausencia de apetito sexual, entre otros.

- **Dolor social:** se evidencia en la preocupación del paciente por su familia, finanzas, pérdida de trabajo, prestigio laboral, posición social, pérdida del rol familiar derivado en miedo al abandono y aislamiento.
- **Dolor psicológico:** se presenta por frustración por fracasos terapéuticos, retraso en los diagnósticos, alteración de la imagen corporal. Ineficiencia y dificultades de acceso a los servicios de salud, miedo al dolor o la muerte y sentimiento de desesperanza, que viven todos los pacientes independientemente de la etapa de su patología.
- **Dolor espiritual:** se produce por los interrogantes que el paciente puede llegar a hacerse a pesar de tener o no una creencia religiosa. Esta dimensión engloba los aspectos de la experiencia de cada persona, de sus creencias y de sus relaciones, las cuales, tienen una importancia inherente y una conexión sentida con algo mayor de lo que se puede creer. Es importante tener en cuenta que la dimensión espiritual no se agota en lo religioso y que la relación entre ambos aspectos varía de paciente a paciente. Estos significados dependen entonces de las representaciones que tiene el paciente sobre la vida, la muerte, el tiempo por vivir, las metas personales y la narrativa de su pasado (17).

Ilustración 1. Interacción de las dimensiones del dolor según el modelo de Cicely Saunders.



Fuente: Elaboración propia.

Adicionalmente, se han identificado cuatro factores puntuales que aumentan el riesgo de sufrimiento en el paciente; la incertidumbre o la falta de certeza sobre lo que sucederá en el futuro; sentimientos negativos como miedo, tristeza o ansiedad. Además de la sensación de pérdida de control, y la amenaza a la autoestima como consecuencia de

los cambios generados por el tratamiento que alteran la autoimagen y producen la pérdida de la autonomía.

El dolor crea sufrimiento y su presencia actúa como un estresante permanente que recuerda al enfermo su condición. No solo le abruma por el sufrimiento inmediato que le causa, sino también por la sensación de amenaza e impotencia sobre su futuro. Esto ocurre cuando se acerca al peor dolor o cuando el dolor señala una inminencia de la muerte, de un daño orgánico grave o de una afección que pueda llevar a la invalidez.

En palabras de Cicely Saunders: “La experiencia total del paciente comprende la ansiedad, la depresión y el miedo; la preocupación por la pena que afligirá a su familia; y a menudo la necesidad de encontrar un sentido a la situación, una realidad más profunda en la que confiar” (17).

2.4 Evaluación multidimensional del dolor.

De acuerdo con el dolor total de Saunders, la evaluación del dolor en el paciente con cáncer debe abarcar todos los ámbitos que influyen en esta experiencia dado el carácter subjetivo y multidimensional del dolor. Este proceso es dinámico y requiere de reevaluaciones periódicas para ajustar el plan de tratamiento a las necesidades cambiantes del paciente.

Una evaluación integral del dolor oncológico debe incluir los siguientes elementos:

- **Localización e irradiación:** indicar la ubicación anatómica del dolor y si se irradia a otras áreas. El uso de diagramas corporales por parte del paciente puede ser una herramienta para visualizar la distribución del dolor.
- **Intensidad:** cuantificar la intensidad del dolor en el momento de la evaluación, el peor dolor en las últimas 24 horas y el dolor promedio.
- **Cualidad y descriptores:** solicitar al paciente que describa cómo se siente el dolor utilizando adjetivos específicos (ej., punzante, sordo, quemante, eléctrico, opresivo, pulsátil). Estos descriptores ofrecen orientaciones sobre el mecanismo fisiopatológico subyacente.
- **Inicio y duración:** cuándo comenzó el dolor, si es constante o intermitente, y si hay patrones temporales (empeora por la noche, al despertar).
- **Factores exacerbantes y aliviantes:** Actividades, posturas, o factores externos o internos que aumentan el dolor (estrés, frío) y medidas que lo alivian (descanso, medicación, calor).

- **Impacto funcional:** evaluar cómo el dolor afecta las actividades de la vida diaria, el sueño, el apetito, el estado de ánimo, la movilidad y la participación en actividades sociales y laborales.
- **Tratamientos previos y actuales:** historial de analgésicos utilizados (dosis, frecuencia, duración), su eficacia, y los efectos secundarios experimentados.
- **Significado del dolor para el paciente:** explorar la percepción del paciente sobre la causa de su dolor y sus miedos asociados (temor a la progresión de la enfermedad, al significado de la adicción a fármacos). Abordar estos miedos es vital para la adherencia al tratamiento.
- **Objetivos del paciente:** conocer las metas realistas del paciente en relación con el manejo del dolor para facilitar un plan de tratamiento centrado en el paciente (poder dormir sin dolor, caminar distancias cortas).
- **Examen físico:** incluye inspección, palpación, evaluación de la amplitud de movimiento, y un examen neurológico para detectar signos de neuropatía, compresión medular o radiculopatía.
- **Evaluación psicosocial y espiritual:** es fundamental indagar sobre la presencia de ansiedad, depresión, insomnio, estrés, apoyo social y preocupaciones espirituales. Estos factores pueden amplificar la percepción del dolor y deben ser abordados de forma integral (1).

2.4.1 Escalas de valoración.

Como Saunders no creó una escala específica, en investigación y clínica se utilizan instrumentos que capturan varias dimensiones del dolor.

Dolor físico

Tabla 1. Escalas de valoración del dolor físico (5).

Escala	Características	Interpretación
Escala visual analógica (EVA)	Mide la intensidad del dolor.	Sin dolor – Máximo dolor
Escala verbal simple (EVS)	Mide la intensidad del dolor. No hay dolor leve – leve – moderado – intenso – insoportable.	Se asocia a cada palabra un valor numérico (0, 1, 2, 3, 4...) para cuantificarlo y registrarlo.

Fuente: Elaboración propia.

Dimensión psicosocial

Tabla 2. Escalas de valoración del dolor psicosocial (5).

Escala	Características	Interpretación
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Formada por 14 ítems agrupados en dos subescalas con 7 ítems cada una, y con una respuesta tipo Likert entre 0 y 3.	0-7: normalidad. 8-10: caso probable de ansiedad o depresión. 11-21: caso de ansiedad o depresión.

Fuente: Elaboración propia.

Dolor espiritual

Tabla 3. Cuestionarios de evaluación del dolor espiritual (5,18).

Cuestionarios	Características	Interpretación
Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being (FACIT-Sp)	Consta de 12 preguntas divididas en dos subescalas principales: • Sentido y paz (8 ítems) • Fe (4 ítems)	Utiliza una escala Likert de 0 ("nada") a 4 ("muchísimo"). El puntaje total varía de 0 a 48, donde mayor puntuación indica una mejor calidad de vida espiritual.
HOPE Spiritual Assessment Tool	Se realizan preguntas sobre 4 dominios de la espiritualidad de la persona. "H": Fuentes de esperanza, significado, consuelo, fortaleza, paz, amor y conexión. "O": relación del paciente con la religión organizada. "P": prácticas espirituales personales más significativas para él. "E": efectos de las creencias/necesidades espirituales del paciente en sus cuidados.	

Fuente: Elaboración propia.

Dolor multidimensional

Tabla 4. *Cuestionarios de evaluación del dolor multidimensional (5).*

Cuestionario	Características
McGill Pain Questionnaire	Está compuesto por 20 subclases de descriptores verbales de dolor incluyendo 87 palabras distribuidas en tres categorías (sensorial, afectiva y valoración global) más una cuarta de términos misceláneos. Además de un esquema corporal para que el paciente indique la ubicación del dolor. El paciente señala los términos que mejor describen su dolor, recibiendo una puntuación por cada palabra y obteniendo un resultado total tras la suma de los mismos.
Brief Pain Inventory (BPI)	Utiliza una escala numérica para cuantificar del 1 al 10 los ítems del cuestionario. Consta de 7 escalas numéricas verbales que evalúan la intensidad del dolor, la actividad general, sueño, trabajo, estado de ánimo, capacidad de andar, relaciones sociales y disfrutar de la vida.

Fuente: Elaboración propia.

2.4.2 Reevaluación Continua y Medidas de Resultados Reportadas por el Paciente (PROMs)

Estos instrumentos son fundamentales en el contexto del dolor oncológico para garantizar que el impacto del dolor se registre con fidelidad a la vivencia real del paciente y permitir una valoración holística. Contribuyen a una evaluación más integral, ya que incluyen su perspectiva sobre los síntomas, la capacidad de realizar actividades cotidianas, calidad de vida y bienestar emocional. Complementan los datos clínicos objetivos, facilitan una atención centrada en el paciente y ayudan a evaluar la evolución y la efectividad de los tratamientos.

La reevaluación regular del dolor es fundamental para monitorear la efectividad de las intervenciones, identificar nuevos patrones de dolor, ajustar las dosis de medicación y manejar los efectos secundarios. La frecuencia de la reevaluación debe adaptarse a la situación clínica del paciente.

Los PROMs son cualquier informe directo de los pacientes sobre el estado de su salud y/o la calidad de vida relacionada con la salud, sin la interpretación o modificación de un clínico u otra persona. Su uso sistemático en la práctica clínica y la investigación permite:

- Capturar la perspectiva única del paciente sobre su dolor y su sufrimiento.
- Facilitar la comunicación entre el paciente y el equipo de salud.
- Identificar precozmente cambios en el dolor o la aparición de nuevos síntomas.
- Monitorizar la eficacia de los tratamientos y el impacto en la calidad de vida de forma objetiva desde la perspectiva del paciente.
- Empoderar al paciente al hacerlo partícipe activo de su propio cuidado y toma de decisiones.

En conclusión, una evaluación del dolor oncológico exhaustiva, que combine la historia clínica, el examen físico, la evaluación psicosocial, el uso de herramientas de medición adecuadas y la reevaluación continua a través de PROMs, es indispensable para proporcionar un alivio efectivo y mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer (1).

2.5 Tratamiento del dolor desde una perspectiva multidimensional.

En el modelo de “Total Pain” de Cicely Saunders el tratamiento no únicamente se limita al dolor físico. De hecho, uno de los aportes centrales del modelo es que el dolor solo puede tratarse adecuadamente si se interviene en todas sus dimensiones.

El problema es que en la práctica clínica y en la investigación muchas intervenciones se centran casi exclusivamente en el dolor físico, especialmente mediante tratamiento farmacológico. Sin embargo, el enfoque original de Saunders propone intervenciones multidimensionales.

2.5.1 Dolor físico.

Una de las estrategias de manejo válidas es la escala analgésica de la OMS.

Estrategia farmacológica. Escala analgésica de la OMS.

Esta escala consta de tres escalones que sugieren la progresión del tratamiento farmacológico en función de la intensidad del dolor. De manera breve, los tres primeros peldaños de la escala incluyen fármacos (paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), opioides menores y opioides mayores) y el cuarto escalón lo constituyen las técnicas intervencionistas.

- **Primer Escalón:** Para el dolor leve (1-3/10 en Numeric Rating Scale (NRS)), la primera línea de tratamiento son los analgésicos no opioides, como el paracetamol o los AINEs. Se pueden utilizar en cualquier nivel de la escala analgésica de la OMS y se pueden añadir coadyuvantes si hay un componente neuropático o inflamatorio.
- **Segundo Escalón:** Para el dolor moderado (4-6/10 en NRS) que no se controla con analgésicos no opioides, se añaden opioides débiles (oxicodona, codeína, tramadol) al régimen, manteniendo los no opioides y coadyuvantes.
- **Tercer Escalón:** Para el dolor severo (7-10/10 en NRS) o el dolor moderado que no responde a los opioides menores, se utilizan opioides mayores (morfina, oxicodona, hidromorfona, fentanilo). En este escalón, los no opioides y coadyuvantes se mantienen, y la dosis de opioide se va aumentando hasta alcanzar el alivio del dolor o la aparición de efectos secundarios intolerables.
- **Cuarto escalón:** este escalón se utiliza en situaciones en la que hay una respuesta inadecuada o insuficiente a los fármacos del tercer escalón y a los adyuvantes. En este se encuentran los bloqueos nerviosos, la administración espinal de analgésicos, opioides o adyuvantes (19).

Fármacos adyuvantes

Estos fármacos aumentan la eficacia de los opioides tratando los síntomas simultáneos que pueden aumentar el dolor y produciendo una analgesia independiente para determinados tipos de dolor.

El uso precoz de estos fármacos se dirige a una optimización del confort del paciente y de la situación funcional controlando la toxicidad inducida por los opioides. Los más utilizados son los corticoides, los antidepresivos y los anticonvulsivantes. Estos fármacos deben ser utilizados a las dosis e intervalos correctos.

Estrategias no farmacológicas

Las estrategias no farmacológicas desempeñan un papel complementario y a menudo esencial en el manejo integral del dolor oncológico. Estas intervenciones pueden potenciar los efectos de la analgesia farmacológica, reducir la necesidad de dosis más altas de medicamentos. Así como mejorar la calidad de vida, disminuir la ansiedad y el estrés, y empoderar al paciente al ofrecerle herramientas para participar activamente en su propio cuidado. Su selección debe ser individualizada, considerando el tipo de dolor, la condición física y las preferencias del paciente (1).

- Termoterapia.
- Acupuntura.
- Musicoterapia.
- Terapias cognitivo-conductuales.
- Mindfulness.

2.5.2 Dolor emocional.

Han sido desarrollados diversos tratamientos o aproximaciones psicológicas, de carácter concomitante a los tratamientos analgésicos, para el control del dolor. Al igual que todo tipo de intervención psicológica, estas aproximaciones requieren de la participación del paciente. Estos tipos de intervenciones psicológicas están recomendadas en los intervalos de tiempo en los que se administra el tratamiento analgésico y comienza a mejorar el control del dolor.

Técnicas de relajación y meditación: Hay varios tipos de técnicas de relajación y todas ellas producen un estado de calma, ayudando tanto a tratar episodios de aumento de dolor que provoca ansiedad o estrés emocional, o viceversa. También hay diversos tipos de meditación, en ocasiones, están acompañadas por ejercicios de visualización guiada, en los cuales se genera mentalmente un espacio seguro en el que el paciente se traslada, obteniendo el estado de calma que se busca. En otras ocasiones, optamos por favorecer un cambio de actitud en el paciente a través de las técnicas de meditación centrada en la compasión o autocompasión, que favorecen una actitud de apertura, aceptación hacia uno mismo.

Distracción: Especialmente durante el ingreso hospitalario, muchos pacientes manifiestan sentimientos de aburrimiento, soledad y de bajo apoyo social. Preguntarle al paciente acerca de cuáles son sus aficiones o hobbies (arte, música, lectura u otras aficiones), puede ayudar a focalizar la atención fuera del dolor, ayudando a tolerarlo.

Hipnosis: A través de la hipnosis se logra un estado alterado de conciencia, ya que focalizamos la atención del paciente fuera de la sensación de dolor. No obstante, para que la técnica de hipnosis sea efectiva, requiere que el paciente posea una adecuada susceptibilidad hipnótica y tenga confianza en su terapeuta. Se utilizan diversos tipos de técnicas, como son: ilusión de anestesia, sustitución sensorial, desplazamiento del dolor y disociación.

Terapia cognitivo-conductual: conjunto de técnicas dirigidas al afrontamiento para manejar el dolor, reducir el catastrofismo, la ansiedad y la depresión asociadas. Incluye reestructuración cognitiva (identificar y desafiar pensamientos negativos sobre el dolor), técnicas de relajación, y aumento gradual de la actividad para contrarrestar el miedo al movimiento. Esta técnica permite, por ello, trabajar con “escenarios futuros” asociados a dolor que teme el paciente (1).

Psicoterapia: Hay tres tipos de aproximaciones psicoterapéuticas:

- Abordaje cognitivo-conductual: a dirigido al manejo o control de la ansiedad y la sintomatología depresiva asociada al dolor.
- Terapia de soporte de corta duración (4 a 6 semanas). Dirigidas a la clarificación, validación y resolución de problemas del paciente relacionados con su enfermedad, a los objetivos y expectativas de los tratamientos y los miedos acerca del morir o del sufrimiento y la muerte.
- Psicoterapias centradas en el sentido: promueven o mantienen conceptos terapéuticos como sentido, compasión o dignidad, que disminuyen el sufrimiento emocional o lo que hemos llamado anteriormente “clínica del desespero” que de manera directa o indirecta, ayudan a mejorar el control del dolor (5).

2.5.3 Dolor social.

El abordaje del dolor social se enfoca en mitigar el sufrimiento derivado del aislamiento, la pérdida de roles familiares/laborales, la carga económica y la estigmatización de la enfermedad. El apoyo social no solo mejora la calidad de vida, sino que actúa como un "analgésico" al reducir el estrés y mejorar la resiliencia.

- Abordaje Psico Oncológico: involucrar a psicooncólogos para tratar el impacto emocional y social del dolor, enseñando habilidades de comunicación y estrategias de afrontamiento.
- Fomento del Apoyo Social: fortalecer la red de apoyo familiar y social, ya que altos niveles de apoyo percibido están ligados a una menor intensidad del dolor.
- Grupos de Apoyo: participar en terapias de grupo (apoyo-expresivas) para compartir experiencias, disminuir la sensación de soledad y encontrar validación.

- Intervenciones de Trabajo Social: abordar las necesidades prácticas, como la ayuda económica, la gestión de la dependencia y los recursos para la reintegración social o laboral.
- Educación y Comunicación: mejorar la comunicación paciente-médico-familia para expresar miedos y necesidades sociales no cubiertas (20).

2.5.4 Dolor espiritual.

Esta dimensión es especialmente relevante en una enfermedad avanzada o el cáncer. En ocasiones es satisfecha por la religión, creencias, vivir la vida en comunidad o también la movilización de unas representaciones particulares acerca de lo que significa el dolor, el sufrimiento y la muerte.

Se identifica que la espiritualidad es una fuente de vigor natural, una virtud que alienta, da fortaleza y paz a las personas con cáncer y cuyos efectos alcanzan a quienes se encuentran a su alrededor. Así mismo, se reconoce que brinda esperanza, significado de vida y trascendencia durante el proceso de enfermedad, además de aprendizaje personal a través de la capacidad para enfrentar cualquier dificultad (21).

La espiritualidad y la religión son temas muy personales. Aquellos pacientes que se apoyan en la espiritualidad para hacer frente a la enfermedad deben ser capaces de contar con el apoyo del equipo de atención de la salud.

El equipo de atención de la salud puede ayudar al paciente con sus necesidades espirituales de las siguientes maneras:

- Sugerir metas y opciones para la atención que respeten los puntos de vista espirituales o religiosos del paciente.
- Apoyar al paciente que usa un modo religioso para enfrentar su enfermedad.
- Remitir al paciente a un capellán del hospital o un grupo de apoyo que pueda ayudarlos con los aspectos espirituales durante la enfermedad.
- Diferir al paciente para que reciba otros tratamientos que hayan mostrado que pueden aumentar el bienestar espiritual. Estos incluyen relajación atenta, como yoga o meditación, o un programa de arte creativo, como la redacción, dibujo o musicoterapia (22).

2.6 Abordaje de enfermería.

Según la definición del dolor realizada por la IASP, subraya que el dolor es una experiencia subjetiva, tal como lo vive el paciente, y que está presente siempre que el paciente lo reconozca de esa manera (10). Esto implica la necesidad de un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor en los sobrevivientes de cáncer, donde las enfermeras desempeñan un papel fundamental.

Las enfermeras especializadas en oncología son esenciales en el cuidado de las personas con cáncer y constituyen el grupo más numeroso de profesionales involucrados en su atención (23). Entre sus principales funciones se encuentran identificar y evaluar el dolor, educar al paciente y su familia, coordinar la atención y supervisar las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Además, debido al contacto continuo con los pacientes, suelen establecer relaciones más estrechas con ellos y sus familiares en comparación con otros profesionales, esto les permite poder apoyarlos y asesorarlos a lo largo de la enfermedad (24).

Profundizando más en la educación, enfermería aporta información sobre el dolor, sus posibles consecuencias y las opciones de tratamiento, tanto farmacológicas como no farmacológicas. Incluye el uso correcto de estos tratamientos, los resultados esperados y cómo utilizar herramientas de seguimiento. Además, son responsables de monitorizar posibles efectos secundarios para garantizar la seguridad del paciente, ya que los opioides, por ejemplo, pueden causar efectos como sequedad bucal o estreñimiento (24).

El objetivo del manejo del dolor no solo es aliviarlo, sino también mejorar la calidad de vida diaria del paciente. Las enfermeras también son responsables del monitoreo continuo del tratamiento, supervisan la eficacia de las intervenciones y ajustan las estrategias según sea necesario (25).

Algunos de los obstáculos para lograr un manejo eficaz del dolor incluyen apoyo y educación del paciente insuficientes, evaluación y comunicación inadecuadas. Esta falta de conocimiento se ha asociado con la negación a tomar medicamentos para el dolor, menor adherencia al tratamiento y, por lo tanto, mayor intensidad del dolor. Otras para un manejo exitoso del dolor pueden incluir la cultura del paciente, puntos de vista basados en la experiencia personal e influencias familiares o sociales (26).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general.

Analizar el abordaje multidimensional del dolor en pacientes oncológicos desde la perspectiva del dolor total de Cicely Saunders.

3.2. Objetivos específicos.

- Identificar las intervenciones enfermeras utilizadas para el manejo del dolor en pacientes oncológicos adultos.
- Determinar si se contemplan las diferentes dimensiones del dolor: física, psicológica, social y espiritual.
- Proponer recomendaciones para integrar el abordaje multidimensional del dolor en la práctica enfermera y mejorar la atención al paciente oncológico.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Población (P): Paciente adulto oncológico.

Exposición (E): abordaje multidimensional del dolor oncológico desde el modelo de dolor total.

Resultado/ Outcome (O): calidad de vida, sufrimiento, bienestar del paciente, control del dolor e intervenciones enfermeras.

- ¿Cómo se aborda el dolor en pacientes oncológicos adultos desde una perspectiva multidimensional basada en el modelo de dolor total de Cicely Saunders, y qué papel desempeña la enfermería en este abordaje?

5. METODOLOGÍA

La metodología utilizada en este trabajo consiste en una revisión narrativa con búsqueda bibliográfica estructurada. El objetivo es analizar la bibliografía existente sobre el abordaje del dolor total en los pacientes oncológicos para dar respuesta a la pregunta de investigación formulada. Para representar el proceso de selección de artículos se ha seguido una metodología estructurada basada en el modelo PRISMA garantizando así, la fiabilidad y rigurosidad de este proceso. Se optó por una revisión narrativa debido a la amplitud conceptual del fenómeno estudiado, que incluye dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales del dolor, así como intervenciones enfermeras y abordajes multidisciplinarios.

Se realizaron búsquedas durante el período del 7 de enero hasta el 9 de abril del 2026 en bases de datos académicas como PubMed, WoS y Scopus, ampliamente utilizadas en investigación biomédica y de enfermería.

De acuerdo con la temática del trabajo, se ha realizado la investigación con las palabras clave y los descriptores asociados que forman parte de las redes de investigación del listado oficial Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH). Asimismo, se incluyeron términos libres como “total pain”, “cancer pain”, “psychological distress”, “social impact”, “spiritual care” y “existential distress”, debido a la falta de correspondencia exacta en los tesauros.

En la siguiente tabla se muestran las palabras clave según los términos MeSH y DeCS correspondientes:

Tabla 5. *Tabla de descriptores*

Tabla descriptores	
MeSH	DeCS
Neoplasm	Cáncer
Pain management	Manejo del dolor
Anxiety	Ansiedad
Social support	Apoyo social
Spirituality	Espiritualidad
Nursing care	Cuidados de enfermería

Fuente: Elaboración propia

Las palabras clave seleccionadas se dividieron en 5 grupos:

- Para el concepto de dimensión física: “cancer pain”, “analgesia”, “non-pharmacological treatment”
- Para el concepto de dimensión psicológica: “psychological”, “anxiety”, “depression”
- Para el concepto de dimensión social: “social impact”, social support.

- Para el concepto de dimensión espiritual: “existential distress”, “spirituality”, “meaning of life”
- Para el concepto de abordaje de enfermería: “cancer pain”, “nursing care”, “total pain”, “pain management”

Para la realización de las ecuaciones de búsqueda, se han utilizado la combinación de los siguientes operadores booleanos. **AND**: para incluir ambos conceptos (p.ej “cancer pain AND nursing interventions”) **OR**: para términos equivalentes o sinónimos (p.ej “spirituality OR existential distress”) **NOT**: para excluir términos.

Siguiendo con el apartado metodológico, para garantizar una buena revisión bibliográfica se han seleccionado los artículos más adecuados y relevantes teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad detallados en la siguiente tabla:

Tabla 6. *Criterios de inclusión y de exclusión de los estudios*

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
• Población adulta con diagnóstico de cáncer. • Idioma: artículos en inglés o español. • Período de publicación: en los últimos 5 años. • Diseño de estudio: revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios cualitativos, estudios cuantitativos.	• Población menor de 18 años o sin diagnóstico de cáncer. • Artículos en otros idiomas. • Artículos centrados en el dolor no oncológico. • Artículos que no guarden relación directa con el tema de estudio. • Artículos publicados antes del 2021.

Fuente: Elaboración propia.

Dado el carácter narrativo de la revisión y la amplitud del fenómeno analizado, se incluyeron tanto estudios primarios como revisiones sistemáticas y metaanálisis, siempre que aportaran evidencia relevante sobre el dolor oncológico desde una perspectiva multidimensional.

5.1 Estrategia de búsqueda

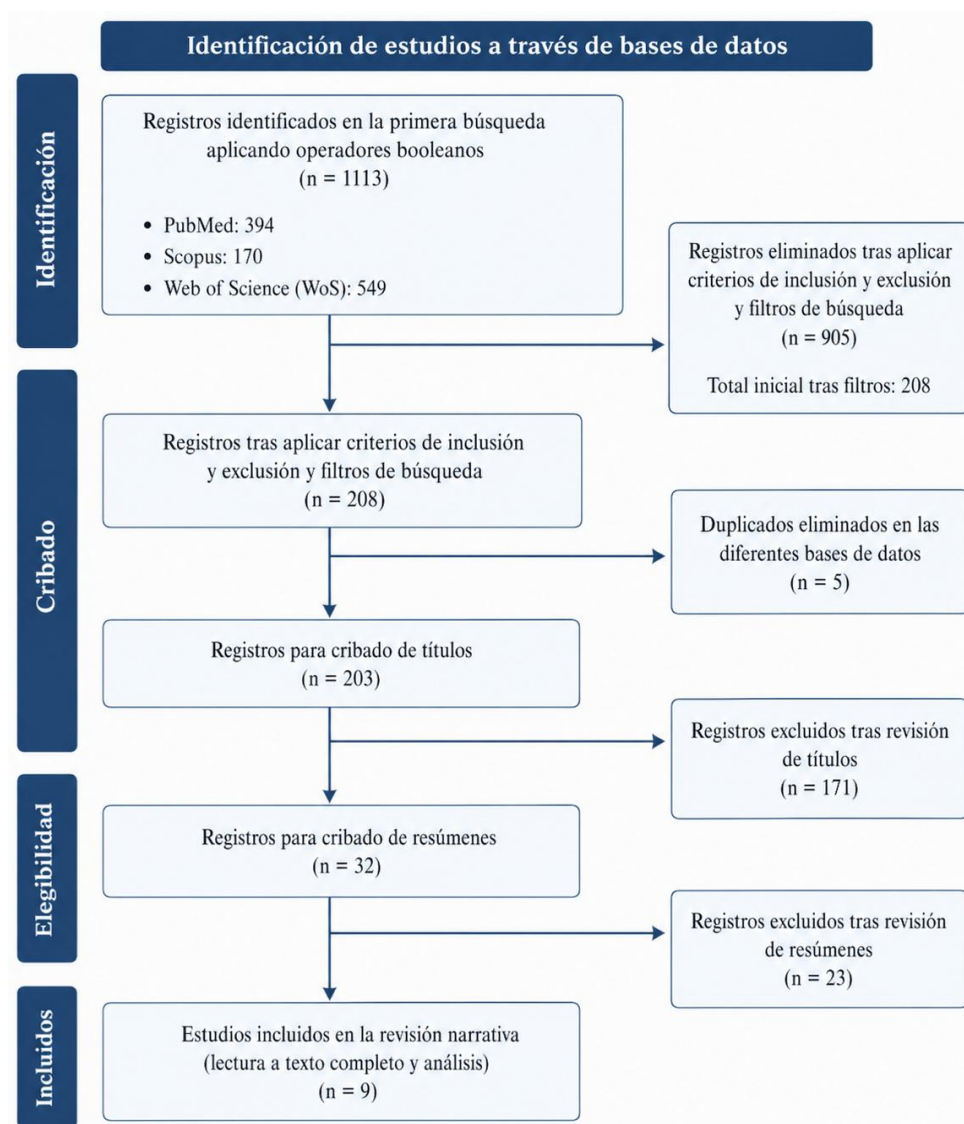
En la primera búsqueda y aplicando el uso de operadores booleanos se identificaron 1113 artículos. Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente, los filtros de búsqueda se aplicaron de acuerdo con las opciones disponibles en cada base de datos, obteniéndose un total inicial de 208. En aquellos casos en los que alguna base de datos no permitía aplicar determinados filtros, estos criterios se tuvieron en cuenta en fases posteriores del proceso de selección.

El proceso de cribado se realizó de manera progresiva. En una primera fase, tras la aplicación de los filtros se identificaron 5 duplicados, los cuales fueron eliminados. Se procedió a la lectura de los títulos de los 203 artículos encontrados, seleccionando aquellos potencialmente relevantes para el tema de estudio. Tras revisar el título, se valoró si eran adecuados para los objetivos del estudio y se descartaron 171. De los 32 restantes, se leyeron los resúmenes y se eliminaron otros 23. Finalmente, se incluyeron 9 artículos en la revisión narrativa que cumplían los criterios establecidos para su lectura a texto completo y análisis en el presente trabajo.

De cada artículo incluido se extrajeron los siguientes datos: autor, año de publicación, base de datos, diseño del estudio, dimensión del dolor abordada, principales intervenciones descritas, resultados principales y conclusiones. Posteriormente, la información se organizó de forma narrativa según las dimensiones del modelo de dolor total: física, psicológica, social y espiritual, así como según el papel de la enfermería.

Para representar visualmente el proceso de selección de los estudios, en la tabla siguiente se muestra el diagrama de flujo correspondiente a la búsqueda bibliográfica realizada en las bases de datos. Este esquema refleja las diferentes etapas de cribado, desde la identificación inicial de los artículos hasta la selección final, siguiendo los criterios establecidos.

Ilustración 2. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica en la base de datos.



Fuente: Elaboración propia

5.2 Uso de herramientas de Inteligencia Artificial

En la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado, se han empleado herramientas de Inteligencia Artificial, entre ellas, ChatGPT o Gemini AI, como apoyo en determinadas fases del proceso. Estas herramientas han sido utilizadas como soporte técnico y lingüístico para la traducción y síntesis de artículos en inglés, mejora de la redacción y revisión de la ortografía.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA:

Tabla 7. Estrategia de búsqueda.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados sin filtros	Resultados con filtros	Lectura de título	Lectura de resumen	Artículos seleccionados
Pubmed	neoplasm AND ("total pain" OR multidimensional pain) AND (psychological OR social OR spirituality OR physical)	394	10	10	4	2
Scopus	cancer AND pain management AND social impact AND nursing care	49	23	23	6	3
	cancer pain AND analgesia AND non-pharmacological interventions	121	76	76	12	2
WoS	cancer pain AND (spirituality OR "existential distress" OR "meaning of life") AND nursing care NOT children	398	68	68	8	1
	nurse-led interventions AND cancer pain management	151	31	31	7	1

Fuente: Elaboración propia.

6. RESULTADOS

ARTÍCULOS SELECCIONADOS Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA

Tabla 8. Síntesis de evidencia

Título, autor y año	Dimensión	Base de datos	Diseño de estudio	Metodología	Resultados	Conclusiones
Cancer pain experiences in adult patients with cancer: A qualitative meta-ethnography Younhee Jeong, YeoJin Im, Hyungran Lee, YoungAh Park. Año: 2025 1º estrategia	Espiritual, psicológica y social	Pubmed	Metasíntesis cualitativa.	Metasíntesis cualitativa utilizando siete fases de meta etnografía. Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en siete bases de datos, que culminó en diciembre de 2023. Se evaluó la calidad de 22 estudios utilizando la lista de verificación CASP. La extracción de datos hizo hincapié en las citas de los participantes y los datos primarios para generar nuevas perspectivas a través de la meta etnografía.	En los resultados, se identificaron 122 códigos iniciales que se agruparon en 5 grandes temas: la naturaleza compleja y difícil de expresar del dolor; las duras realidades; el impacto devastador en la vida diaria, identidad y relaciones; la búsqueda de alivio mediante resiliencia, apoyo social y aceptación; y el papel clave de la espiritualidad para sobrellevar el sufrimiento.	Se respaldan diversas características de la experiencia del dolor oncológico, que abarcan desde el deterioro de la calidad de vida hasta el afrontamiento positivo mediante la espiritualidad y la resiliencia. Los cambios mejoran el acceso a servicios de atención integral, asegurando que el apoyo psicosocial y espiritual sea fundamental para el manejo del dolor oncológico.
Integrated palliative care improves the quality of life of advanced cancer patients	Física, psicológica, social, espiritual	Pubmed	Ensayo clínico aleatorio.	150 pacientes con cáncer avanzado. Divididos en: grupo control (n=75): atención estándar. grupo intervención (n=75):	Tras la intervención, el grupo de tratamiento presentó puntuaciones de calidad de vida significativamente más altas que el grupo de control. Además	Los cuidados paliativos integrados demostraron beneficios sustanciales al mejorar la calidad de vida de los pacientes con

Mei Wang, Xuan Ding. Año: 2025				cuidados paliativos integrados, que incluyeron estrategias de manejo del dolor, apoyo psicológico y participación familiar. A través del cuestionario de calidad de vida (EORTC QLQ-C30), esta, se evaluó de ambos grupos antes y después de la intervención evaluando el funcionamiento físico, emocional y social, entre otros indicadores. También se evaluó el estado de salud mental, cuantificando los niveles de ansiedad y depresión a través de la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD) y el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ).	de puntuaciones de ansiedad y depresión significativamente más bajas y una satisfacción familiar notablemente mayor, todas ellas estadísticamente significativas ($p < 0,05$).	cáncer avanzado, aliviar el dolor y mejorar su salud psicológica general. Los hallazgos abogan por la integración de los cuidados paliativos como un componente vital de la práctica clínica estándar y recomiendan su implementación más amplia en diversos campos para brindar una atención más compasiva a los pacientes y sus familias.
Nursing Interventions for Symptom Management in Breast Cancer: A Systematic Review Yanny Trisyani, Aan Nuraeni,	Abordaje de enfermería	Scopus	Revisión sistemática	Se realizó una revisión sistemática en cuatro bases de datos electrónicas (PubMed, EBSCOhost, ScienceDirect y SAGE Journals) de estudios publicados entre 2002 y 2025. Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados (ECA) que evaluaban intervenciones de enfermería	18 estudios que involucraron a 3937 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. Las intervenciones se categorizaron en tres dominios: intervenciones psicológicas y conductuales, coordinación de cuidados de enfermería e intervenciones físicas y educativas. Las intervenciones de enfermería	Esta revisión demuestra la eficacia de diversas intervenciones de enfermería para aliviar síntomas comunes, como dolor, fatiga y malestar emocional. Las intervenciones con enfoque psicológico y la atención coordinada por enfermeras

Anastasia Anna, Ayu Prawesti Priambodo, Firman Sugiharto. Año: 2026				para el manejo de síntomas en pacientes con cáncer de mama. La estrategia de búsqueda utilizó palabras clave relacionadas con cáncer de mama, manejo de síntomas e intervenciones de enfermería.	contribuyeron al alivio de los síntomas físicos y psicológicos, reduciendo el dolor, y mejorando así el bienestar general y la calidad de vida de los pacientes.	mostraron consistentemente los beneficios más significativos en la mejora del manejo de los síntomas y la calidad de vida en general. La investigación futura debería perfeccionar y validar estas intervenciones para asegurar su aplicabilidad en diversos entornos clínicos.
Clinical effectiveness of nurse-led palliative care interventions for patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis Prapan Phetlerthirunkul, Vicki Tsianakas, Salma Ayis, Ruth Harris. Año: 2025	Abordaje de enfermería	Scopus	Revisión sistemática y metaanálisis.	Búsqueda sistemática en seis bases de datos internacionales, incluyendo MEDLINE, CINAHL, Cochrane Library, Embase, PsycINFO y ProQuest Dissertations. Se incluyeron ECA y estudios cuasiexperimentales. Los estudios fueron elegibles si las intervenciones se encontraban dentro del ámbito de los cuidados paliativos y eran dirigidas por enfermeras. Se extrajeron los datos y se calculó la <i>I²</i> de Hedges como estimación del efecto para el metaanálisis.	En esta revisión se incluyeron un total de 51 estudios (n = 6152), de los cuales 35 (n = 4623) se incluyeron en el metaanálisis. Se observaron mejoras notables en el grupo de cuidados paliativos dirigidos por enfermeras en comparación con el grupo de control, incluyendo la calidad de vida, la fatiga, la carga de síntomas, la capacidad funcional y el bienestar. Las intervenciones de cuidados paliativos dirigidas por enfermeras fueron variadas y abarcaron la monitorización de los síntomas, el seguimiento, la educación, la consulta con el	Los cuidados paliativos dirigidos por enfermeras tienen el potencial de mejorar la calidad de vida, la puntuación total del dolor, la carga de síntomas, la fatiga, la capacidad funcional y el bienestar de los pacientes con cáncer avanzado. Se necesitan futuras investigaciones para evaluar la eficacia de los cuidados paliativos dirigidos por enfermeras, especialmente en entornos con recursos limitados, y así mejorar el acceso a cuidados paliativos de

					paciente, el manejo del dolor y la coordinación multidisciplinaria.	calidad.
A Systematic Review of Self-Management Interventions for Patients with Colorectal Cancer (CCR) Aryani Ratnaa; Huda, Mega Hasanul; Lalisang, Toar J. M; Dahlia Debiea; Martha Evi. Año: 2025	Social y abordaje de enfermería	Scopus	Revisión sistemática.	Revisión sistemática, revisando estudios publicados entre enero de 2013 y febrero de 2022, en nueve bases de datos, incluyendo JSTOR, Emerald Insight, Oxford Academic, ScienceDirect, SAGE, Clinical Key, ProQuest, Scopus y Taylor & Francis. La revisión se centró en ECA que involucran estrategias de autocuidado para pacientes adultos con CCR.	La búsqueda arrojó 668 artículos, con nueve estudios incluidos después del cribado. Las intervenciones variaron, durando de 24 días a 12 meses, con evaluaciones realizadas 3-4 veces. Estas incluyeron programas psicoeducativos, aplicaciones para teléfonos inteligentes, cuidados de apoyo, cuadernos de trabajo de autoayuda, acceso a recursos de salud electrónica y autocuidado estructurado del dolor. Los grupos de control generalmente recibieron atención estándar o la misma intervención después del estudio. Los resultados incluyeron mejoras en la autoeficacia, la calidad de vida, el malestar, la ansiedad, la depresión, la actividad física, la adherencia a las indicaciones médicas, el manejo de los síntomas, las escalas funcionales y el funcionamiento social.	Las intervenciones de autocuidado para pacientes con cáncer colorrectal mejoran significativamente diversos resultados de salud, lo que subraya su potencial para mejorar la atención de enfermería y la calidad de vida del paciente.

Impact of spiritual interventions in individuals with cancer: A systematic review and meta-analysis Nur Izgu, Zehra Gok Metin, Hacer Eroglu, Remziye Semerci, Hatice Pars Año: 2024	Espiritual	WoS	Revisión sistemática y metaanálisis	Se realizaron búsquedas en la Biblioteca Cochrane, Scopus, PubMed y Web of Science, siguiendo la lista de verificación PRISMA. Se incluyeron veintiséis ECA, de los cuales dieciséis se sintetizaron en el metaanálisis. El riesgo de sesgo se evaluó mediante la metodología Cochrane para estudios aleatorizados. Se calculó la g de Hedges para determinar el tamaño del efecto. Se utilizaron los coeficientes Tau de Egger y Kendall para evaluar el sesgo de publicación.	Las intervenciones espirituales produjeron efectos beneficiosos sobre la fatiga, pero no sobre la carga general de síntomas. Se encontraron efectos significativos para la ansiedad, la depresión y el malestar psicológico, excepto para la desesperanza. Las intervenciones espirituales mejoraron la fe, el sentido de la vida, el bienestar espiritual y la calidad de vida.	Este metaanálisis puso de relieve los beneficios de las intervenciones espirituales, con diferentes magnitudes de efecto, sobre los resultados de los pacientes, así como sobre la calidad de vida en pacientes con cáncer, y arrojó luz sobre cómo incorporar estos enfoques a la práctica clínica.
Recent advances in managing chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review Mian Wang, Ziwen Pei, Alex Molassiotis	Física	Scopus	Revisión sistemática	Se realizó una búsqueda exhaustiva en siete bases de datos electrónicas (AMED, CINAHL, Cochrane Library, EMBASE, PEDro, PubMed y Web of Science) de estudios publicados entre el 1 de enero de 2013 y 15 de febrero de 2022. Se consideraron elegibles los ECA que involucran intervenciones farmacológicas o no	Se incluyeron cuarenta y dos ECA con un total de 3393 participantes. Los resultados confirmaron el efecto analgésico de la duloxetina sobre el dolor asociado a la neuropatía periférica inducida por quimioterapia (NPIQ). Las intervenciones basadas en el ejercicio, la acupuntura y diversas técnicas de neuromodulación no invasivas	La duloxetina sigue siendo la única intervención farmacológica recomendada para el manejo del dolor asociado a la NPIQ. Si bien no se pueden formular recomendaciones definitivas con base en la evidencia científica actual, las intervenciones no farmacológicas,

Año: 2022				farmacológicas. Se utilizó la herramienta Cochrane Risk of Bias versión 2.0 (RoB 2.0) para evaluar el riesgo metodológico de sesgo. Los datos extraídos de los ECA incluidos se sintetizaron mediante un enfoque narrativo.	mostraron resultados prometedores para el tratamiento de la NPIQ.	especialmente las técnicas de neuromodulación no invasivas, justifican futuras investigaciones.
Psychological and Non-Pharmacologic Treatments for Pain in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis Alejandra Ruano, Francisco García-Torres, Mario Gálvez-Lara, Juan A. Moriana Año: 2022	Psicológica	Scopus	Revisión sistemática y metaanálisis.	Realizamos una revisión sistemática siguiendo el protocolo PRISMA. En enero de 2021, se extrajeron datos de PubMed, WoS y Scopus, incluyendo ECA publicados en los últimos cinco años (del 28 de enero de 2015 al 15 de diciembre de 2020), en inglés y cuya muestra estaba compuesta por pacientes con dolor oncológico. Se utilizó la evaluación del riesgo de sesgo de Cochrane para ensayos aleatorizados (RoB 2) para la evaluación de la calidad.	Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se revisaron diez artículos. La evidencia sugiere que las intervenciones más eficaces para reducir el dolor oncológico fueron la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT), la imaginería guiada, la relajación muscular progresiva y el compromiso centrado en las emociones y los síntomas (EASE). La musicoterapia y las estrategias cognitivo-conductuales breves requieren más investigación, mientras que el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y el yoga no mostraron efectos positivos.	Este estudio ofrece información sobre intervenciones psicológicas que podrían aplicarse y contribuir a la reducción del dolor oncológico en adultos. Si bien los resultados no son del todo consistentes, pueden arrojar luz sobre las aplicaciones de la psicología en el ámbito oncológico.

Effectiveness of nurse-led interventions on self-care behaviors of patients living with cancer: A systematic review S. Batool, R. Suhonen , R. Gul , S. Yasmeen, M. Stolt Año: 2026	Abordaje de enfermería	Scopus	Revisión sistemática	Revisión sistemática utilizando las bases de datos MEDLINE, PsycINFO, CINAHL y Cochrane Library. Se siguió un enfoque deductivo para identificar las conductas de autocuidado, utilizando la definición de conductas de autocuidado tal como se describe en la Teoría de rango medio del autocuidado de Riegel.	Incluyó nueve estudios de intervención dirigida por enfermeras que tenían como objetivo mejorar las conductas de autocuidado en pacientes con cáncer. Se identificaron varias conductas de autocuidado en tres dominios: mantenimiento, monitoreo y manejo del autocuidado. Esta revisión identificó varias características clave de las intervenciones dirigidas por enfermeras, que contribuyeron a las mejoras en las conductas de autocuidado y los resultados de salud de los pacientes con cáncer.	Las intervenciones dirigidas por enfermeras demostraron una influencia positiva en las conductas de autocuidado y los resultados de salud, incluyendo una mejor adherencia a la medicación, reducción del dolor, la fatiga y la carga de síntomas, mejor funcionamiento físico y mejor calidad de vida. Las intervenciones parecían ser efectivas cuando incorporaban múltiples estrategias y se dirigían a síntomas o comportamientos específicos.
---	------------------------	--------	----------------------	---	--	---

Fuente: Elaboración propia.

Se incluyeron un total de 9 estudios publicados entre los años 2021 y 2026, que abordaban el dolor en pacientes oncológicos desde una perspectiva multidimensional. Dichos estudios incorporaban de forma variable las dimensiones física, psicológica, social y espiritual, así como el papel del abordaje enfermero. La mayoría, coincidieron en señalar la alta prevalencia del dolor en pacientes con cáncer, así como su impacto significativo en la calidad de vida.

En conjunto, los resultados muestran una mayor representación de la dimensión física y psicológica del dolor, especialmente a través de intervenciones farmacológicas, no farmacológicas, psicoeducativas y de autocuidado. La dimensión social, y de forma más marcada, la espiritual, aparecen con menor presencia específica, habitualmente integradas en intervenciones paliativas, psicológicas o multidisciplinarias. Asimismo, la evidencia revisada procede principalmente de revisiones sistemáticas y metaanálisis, junto con un número más reducido de estudios experimentales, por lo que los resultados se presentan como una síntesis narrativa de las principales tendencias identificadas.

Dimensión física

La mayoría de los estudios revisados coinciden en que la dimensión física constituye el núcleo principal del dolor oncológico, debido a que este se manifiesta principalmente como una experiencia somática que requiere control inmediato. Es por ello, que esta dimensión presenta una mayor cantidad de evidencia científica disponible, especialmente en relación con intervenciones farmacológicas y terapias complementarias dirigidas al alivio del dolor y a la mejora funcional de los pacientes.

En el estudio de Wang M, diferentes intervenciones farmacológicas han sido evaluadas para el manejo de la neuropatía periférica inducida por quimioterapia. Los neuromoduladores centrales, especialmente la duloxetina, mostraron eficacia en la mejora del dolor y la calidad de vida, aunque con resultados inconsistentes frente a otros fármacos como la pregabalina o la venlafaxina. Los neuroprotectores evidenciaron mejoría significativa de los síntomas en comparación con placebo, mientras que los anestésicos tópicos no demostraron beneficios relevantes. En cuanto a los nutraceuticos y tratamientos herbales, algunos compuestos mostraron efectos positivos en síntomas y función nerviosa, aunque con resultados variables y presencia de efectos adversos. Por otro lado, diferentes estudios señalan efectos positivos de intervenciones no farmacológicas como la acupuntura, el masaje, la reflexología, la fotobiomodulación, la

estimulación nerviosa o el ejercicio físico terapéutico, especialmente en la reducción del dolor y la mejora de la calidad de vida (27,28).

En un artículo sobre cuidados paliativos integrados, el grupo de control recibió protocolos de atención de enfermería estándar y el grupo de tratamiento recibió además cuidados paliativos integrados. Los cuidados físicos implicaron el manejo de la disnea y el dolor basado en sus características, seleccionando intervenciones farmacológicas y no farmacológicas apropiadas como musicoterapia, masajes y técnicas de relajación. Se realizó una evaluación continua del dolor para monitorear el control de este, lo que permitió ajustes oportunos al régimen analgésico para mantener los niveles de dolor dentro de un rango aceptable, observándose puntuaciones más altas de calidad de vida en el grupo de tratamiento (28).

Dimensión psicológica

La dimensión psicológica aparece de forma consistente en todos los estudios revisados. El dolor oncológico trasciende sus aspectos físicos para abarcar dimensiones emocionales como la ansiedad, el miedo y la depresión.

En la meta etnografía se observa que el dolor actúa como un "destructor de la identidad" y genera una indefensión aprendida y desesperanza, situación que se ve agravada por la incapacidad de distinguir entre el dolor provocado por el tratamiento y aquel derivado de la progresión tumoral. Esta incertidumbre se traduce en un miedo profundo, donde el dolor se interpreta como un signo de proximidad de la muerte y la pérdida de control. Asimismo, el componente psicológico se ve afectado por la autorrestricción emocional (29).

En cuanto a las intervenciones psicológicas, los resultados sugieren que estrategias como la terapia cognitivo-conductual, la terapia basada en mindfulness, la relajación muscular progresiva y las intervenciones centradas en el afrontamiento emocional ayudan a los pacientes a ajustar su mentalidad y afrontar positivamente sus circunstancias (28,30). Las terapias que demostraron mayor efectividad fueron la MBCT, la relajación muscular progresiva y EASE, asociándose a una disminución significativa del dolor.

Por el contrario, otras intervenciones como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y el yoga no mostraron efectos positivos significativos en la reducción del

dolor, mientras que la musicoterapia y las estrategias cognitivo-conductuales breves presentaron resultados inconclusos y requieren mayor investigación (30).

Dimensión social

La dimensión social aparece reflejada en algunos de los estudios, aunque con menor profundidad que las dimensiones física y psicológica. Se destaca el impacto del dolor en las relaciones familiares, el rol social y la capacidad de interacción del paciente.

El artículo de Jeong Y, señala que el dolor por cáncer limita las conexiones sociales con los demás, creando aislamiento y disminuyendo los sistemas de apoyo esenciales que son fundamentales para la resiliencia durante el tratamiento. El dolor erosiona la identidad personal y genera una lucha emocional por no querer angustiar a los familiares, lo que conlleva un mayor aislamiento y una sensación de soledad (29).

Según varios artículos basados en los cuidados paliativos, los resultados sugieren que un adecuado apoyo social y familiar se asocia con una mejor calidad de vida, menores niveles de ansiedad y depresión y una mayor satisfacción tanto del paciente como de sus cuidadores. Esto se ve reflejado en el estudio de Wang M y Ding X (28) en el que los pacientes que recibieron un sólido apoyo social presentaron puntuaciones más altas en calidad de vida GAD-7 y puntuaciones más bajas en PHQ-9. Asimismo, diferentes intervenciones de autocuidado y apoyo telemático, como plataformas digitales, cuadernos de autoayuda o coaching telefónico, parecen favorecer el mantenimiento de los roles sociales, mejorar la relación entre médico-paciente y reducir el aislamiento (31).

Dimensión espiritual

La dimensión espiritual es la menos explorada de forma explícita en los estudios analizados, aunque aparece de manera indirecta en varios de ellos. Se describen experiencias relacionadas con la pérdida de sentido de la vida, el sufrimiento existencial y la búsqueda de significado ante la enfermedad.

La dimensión espiritual actúa como un puente entre el sufrimiento físico y la integridad de la identidad personal. En primer lugar, se presenta como un recurso activo de afrontamiento, ya que la fe y las creencias ofrecen a los pacientes esperanza y fortaleza interna. En segundo lugar, se observa que el dolor crónico puede generar una crisis existencial al afectar la identidad, pero la reflexión espiritual permite reinterpretar la

enfermedad, integrar en la historia de vida y encontrar un nuevo sentido a la experiencia (29).

Algunos estudios demuestran que el apoyo espiritual, junto con la intervención psicológica y familiar, es un componente clave para mejorar significativamente la calidad de vida global y reducir el sufrimiento en pacientes con cáncer avanzado, ayudando a los pacientes a enfrentar el miedo a la muerte y a encontrar un sentido de paz. El cuidado espiritual implica guiar a los pacientes a reflexionar sobre experiencias de vida significativas y ofrecer medidas de atención flexibles que respeten sus creencias personales, a través de intervenciones como la terapia de dignidad o la revisión de vida. Los estudios sugieren que la atención a la dimensión espiritual no es solo un complemento ético, sino una estrategia terapéutica eficaz que ayuda al paciente a encontrar significado y propósito. A su vez eleva el umbral de tolerancia al sufrimiento, fortalece el sistema de apoyo social, resultando en una reducción indirecta de la percepción del dolor y de los niveles de ansiedad y depresión (28,32).

Abordaje de enfermería

El abordaje enfermero se identifica como un elemento clave en la gestión del dolor oncológico. Los estudios revisados subrayan que un enfoque enfermero centrado en la persona contribuye a mejorar la calidad de vida y la percepción global del dolor.

El artículo de Trisyani Y (33), identifica que las enfermeras llevan a cabo una amplia variedad de intervenciones que se clasifican principalmente en tres categorías principales: educativas, psicosociales y físicas/complementarias, además se han observado dos más, las cuales son, intervenciones de seguimiento continuo y de abordaje integral.

1. Intervenciones educativas y de autocuidado

Las intervenciones educativas constituyen uno de los pilares fundamentales del abordaje enfermero, centrándose en la enseñanza sobre la enfermedad, el tratamiento y el manejo de síntomas. Estas incluyen programas de autocuidado, educación sobre el uso de analgésicos (especialmente opioides) y estrategias para el manejo de efectos secundarios, lo que favorece la adherencia terapéutica y reduce la intensidad del dolor (31,34).

Asimismo, el entrenamiento en autocuidado permite mejorar el mantenimiento, la monitorización y la gestión de los síntomas, capacitando al paciente para reconocer cambios y actuar de forma adecuada (35). Estas intervenciones, junto con el uso de herramientas digitales y seguimiento estructurado, aumentan el empoderamiento del paciente y su participación activa en el proceso de enfermedad (31,35).

2. Intervenciones de seguimiento y soporte continuo

El seguimiento continuo por parte de enfermería, especialmente mediante contacto telefónico o telemonitorización, permite una evaluación constante del dolor y la adaptación de las recomendaciones terapéuticas, logrando una reducción significativa del dolor, la ansiedad y la depresión (34,35).

Este acompañamiento continuo también incluye apoyo emocional y coaching motivacional, favoreciendo la adherencia al tratamiento y una mejor gestión de los síntomas (31,35).

3. Intervenciones psicosociales y cognitivo-conductuales

Las intervenciones psicosociales incluyen el apoyo emocional, y las estrategias cognitivo-conductuales, orientadas a mejorar la adaptación del paciente a la enfermedad. Estas intervenciones han demostrado ser eficaces en la reducción de la ansiedad y la depresión, así como en la disminución de la percepción del dolor (33,34).

El entrenamiento en estrategias de afrontamiento permite modificar creencias sobre el control de los síntomas, lo que se asocia con una menor severidad sintomática a largo plazo y una mayor resiliencia (34). Además, programas centrados en el afrontamiento y el apoyo emocional contribuyen al bienestar psicosocial y a una atención integral (31,33).

4. Intervenciones físicas y terapias complementarias

Las enfermeras también desarrollan intervenciones físicas y terapias complementarias como la relajación muscular progresiva, el masaje terapéutico, la acupresión, la reflexología, el yoga y la meditación mindfulness, que han demostrado ser eficaces en la reducción del dolor, la fatiga y la ansiedad, así como el aumento de relajación de los pacientes (33,34).

Estas terapias destacan especialmente por su efecto en el alivio del dolor físico y la mejora del estado general del paciente, contribuyendo a un abordaje más holístico del cuidado oncológico (33).

5. Intervenciones centradas en la calidad de vida y el abordaje integral

El enfoque enfermero integral incluye intervenciones dirigidas a mejorar no solo los síntomas físicos, sino también las dimensiones emocionales, sociales y espirituales del paciente. En este sentido, estrategias como la revisión de vida y el acompañamiento emocional han demostrado mejorar la calidad de vida y reducir la angustia existencial y el sentimiento de alineación en fases avanzadas de la enfermedad (34).

En conjunto, todas estas intervenciones contribuyen a una mejora significativa del control sintomático, la capacidad funcional, el bienestar psicológico y la calidad de vida de los pacientes oncológicos (33,35).

7. DISCUSIÓN

El presente trabajo se planteó analizar el abordaje multidimensional del dolor en pacientes oncológicos desde la perspectiva del “dolor total”, concepto desarrollado por Cicely Saunders. Los resultados evidencian que, aunque existe un volumen considerable de intervenciones dirigidas al manejo del dolor, estas no siempre se aplican desde un enfoque verdaderamente integral. El dolor físico sigue dominando la evaluación y el tratamiento, mientras que las dimensiones psicológica, social y espiritual aparecen reconocidas, pero no siempre integradas en protocolos. Enfermería puede actuar como eje integrador porque realiza valoración continua, educación, seguimiento y acompañamiento.

En relación con la dimensión física, los estudios revisados muestran una clara predominancia de intervenciones centradas en el control de síntomas. En este sentido, Wang et al. (27) destacan los avances en el manejo de la neuropatía inducida por quimioterapia, evidenciando un enfoque fundamentalmente biomédico del dolor. De forma similar, Trisyani et al. (33) identifican múltiples intervenciones enfermeras eficaces en el control de síntomas en pacientes con cáncer de mama. Sin embargo, al comparar estos estudios con el metaanálisis de Phetlerthirunkul et al. (34), se observa que los programas de cuidados paliativos liderados por enfermería ofrecen un abordaje más amplio, ya que no solo mejoran el control del dolor físico, sino también otros resultados

relacionados con la calidad de vida. Esta diferencia sugiere que, aunque este método de cuidado es necesario, puede dejar en un segundo plano otros factores imprescindibles del proceso de enfermedad.

Por otro lado, la dimensión psicológica del dolor presenta una mayor integración en comparación con otras dimensiones no físicas. El metaanálisis de Ruano et al. (30) demuestra la eficacia de intervenciones psicológicas y no farmacológicas en la reducción del dolor, lo que respalda la importancia de abordar factores emocionales y cognitivos.

En contraste, el estudio cualitativo de Jeong et al. (29) aporta una visión más profunda de la experiencia subjetiva del dolor, destacando el papel del miedo, la ansiedad y la incertidumbre en su percepción. Estos hallazgos refuerzan la interrelación entre dolor físico y estado emocional, de acuerdo con el modelo de Saunders. Algunos artículos subrayan que el miedo y la ansiedad ante el avance de la enfermedad actúan como amplificadores de la señal dolorosa. Esto refuerza la visión del estudio de Izgu et al. (32), que, como Saunders, afirmaba que el dolor psicológico es indistinguible del físico en el paciente oncológico.

En cuanto a la dimensión social, los hallazgos muestran una menor representación en la literatura analizada. Estudios como el de Aryani et al. (31), centrado en intervenciones de autocuidado en cáncer colorrectal, y el de Wang M y Ding X (28), que analiza el impacto de los cuidados paliativos en la calidad de vida, sugieren beneficios indirectos sobre aspectos sociales del paciente. Sin embargo, a diferencia de las dimensiones física y psicológica, estos estudios no abordan de manera específica factores como el apoyo social, la dinámica familiar o las condiciones socioeconómicas. Según Wang et al. (27) y Phetlerthirunkul et al (34), esta ausencia evidencia una limitación importante, ya que la dimensión social constituye un componente esencial en la experiencia del dolor y en la adherencia al tratamiento, por lo que su infrarrepresentación puede comprometer la eficacia de las intervenciones.

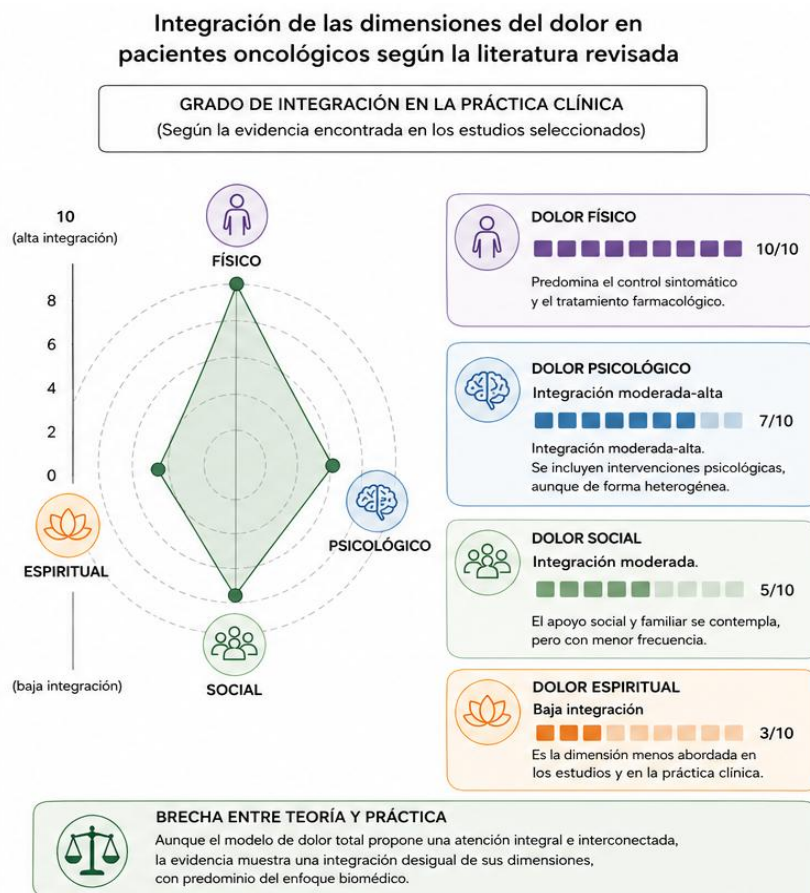
Respecto a la dimensión espiritual, aunque se reconoce su relevancia, su incorporación en la práctica clínica sigue siendo limitada. Solo algunos estudios incluyen intervenciones relacionadas con el sentido de vida, la revisión biográfica y la fe mostrando beneficios en la reducción de la angustia existencial y en la mejora del bienestar emocional (30,33). Como es el ejemplo del metaanálisis de Izgu et al. (32) que demuestra que las intervenciones espirituales tienen un impacto positivo en el bienestar

emocional y la calidad de vida de los pacientes oncológicos. No obstante, al comparar este estudio con el resto de la literatura analizada, se observa que este tipo de intervenciones aparecen de forma mucho menos frecuente que las físicas o psicológicas. Esto indica que cuando las necesidades espirituales no son atendidas, el paciente puede experimentar un “sufrimiento existencial” (30). Esta escasa representación pone de manifiesto una importante brecha entre el modelo de Dolor Total y su aplicación real, ya que la dimensión espiritual constituye un pilar fundamental en la propuesta de Saunders (27,28).

En relación con el papel de la enfermería, los resultados destacan su relevancia en el manejo del dolor oncológico situándose como el eje central para el abordaje del dolor total. Estudios como los de Phetlerthirunkul et al. (34) y Batool et al. (35) evidencian que las intervenciones lideradas por enfermeras mejoran tanto el control de síntomas como los comportamientos de autocuidado. Asimismo, Trisyani et al. (33) refuerzan la importancia de las intervenciones enfermeras en el manejo integral de síntomas. Sin embargo, al comparar estos estudios con el modelo de dolor total, se observa que, aunque la enfermería tiene el potencial de liderar un abordaje holístico, en la práctica las intervenciones siguen centrándose principalmente en dimensiones físicas y, en menor medida, psicológicas.

De forma global, los resultados ponen de manifiesto una fragmentación en el abordaje del dolor oncológico. Mientras que algunas intervenciones, especialmente en el ámbito de los cuidados paliativos, se aproximan al modelo de dolor total, la mayoría de los estudios analizados abordan las distintas dimensiones de forma aislada. Esto pone de manifiesto la idea de que las diferentes dimensiones se encuentran interrelacionadas, ya que, el sufrimiento del paciente puede verse intensificado por la influencia entre factores físicos, psicológicos, sociales y espirituales, de modo que para garantizar un cuidado integral se deberían abordar todas ellas de manera conjunta.

Ilustración 3. Integración de las dimensiones del dolor según la literatura revisada.



Fuente: Elaboración propia.

8. LIMITACIONES

Este trabajo presenta algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, al tratarse de una revisión narrativa, puede existir cierto sesgo en la selección e interpretación de los estudios.

Además, el número de artículos incluidos es reducido ($n=9$), lo que limita la generalización de los resultados. A esto se suma la heterogeneidad de los estudios, tanto en su diseño como en las intervenciones analizadas, ya que la inclusión de revisiones sistemáticas y metaanálisis pudo generar solapamiento de evidencia. Al no realizar una evaluación formal de la calidad metodológica ni del riesgo de sesgo de los estudios incluidos, esto podría haber limitado la fuerza de las conclusiones.

Por otro lado, se observa un mayor enfoque en la dimensión física del dolor, quedando menos representadas las dimensiones psicológica, social y espiritual.

También cabe destacar la limitación idiomática (inglés y español) y el periodo de búsqueda restringido a los últimos 5 años, lo que puede haber dejado fuera evidencia relevante.

A las limitaciones mencionadas, se suma la dificultad de evaluar la eficacia de las intervenciones enfermeras desde una perspectiva puramente multidimensional, ya que la literatura actual muestra aún una notable división en los cuidados, por lo que ha podido interferir en la revisión.

9. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Sería necesario realizar estudios con mayor rigor metodológico que analicen el abordaje multidimensional del dolor de forma más completa y la efectividad de intervenciones enfermeras multidimensionales.

Resulta fundamental la necesidad de desarrollar estudios específicos que analicen de forma más profunda las dimensiones social y espiritual en pacientes oncológicos, dado que son los pilares menos desarrollados.

Asimismo, sería de gran valor investigar la implementación de protocolos de cuidados que apliquen el modelo de dolor total de manera integral en una sola intervención práctica, evaluando su eficacia real en la calidad de vida del paciente y en la reducción del sufrimiento global, más allá del control sintomático del dolor físico.

10. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA

A partir de la evidencia revisada, se proponen una serie de recomendaciones dirigidas a reforzar la integración del abordaje multidimensional del dolor en la práctica enfermera, con el objetivo de mejorar la atención integral y la calidad de vida del paciente oncológico.

1. Implementar una valoración integral y sistemática del dolor.

Se recomienda incorporar herramientas multidimensionales y PROMs que permitan identificar de manera precoz el sufrimiento emocional, el aislamiento social o las necesidades espirituales del paciente.

Asimismo, es importante realizar reevaluaciones periódicas del dolor en todas sus esferas para adaptar las intervenciones a la evolución clínica y emocional del paciente.

2. Potenciar la formación enfermera en dolor oncológico multidimensional.

Se considera necesario reforzar aspectos como:

- Modelo de dolor total de Saunders.
- Comunicación terapéutica y escucha activa.
- Manejo del sufrimiento emocional y espiritual.
- Uso de escalas multidimensionales de valoración.

3. Favorecer un abordaje interdisciplinar.

El manejo del dolor oncológico requiere coordinación entre enfermería, medicina, psicología, trabajo social, fisioterapia y atención espiritual. Se recomienda fomentar reuniones interdisciplinarias y circuitos de derivación que permitan responder de forma integral a las necesidades del paciente.

La enfermería desempeña un papel clave como nexo coordinador entre el paciente, la familia y el equipo asistencial.

4. Reforzar la educación sanitaria y el autocuidado.

Es fundamental proporcionar educación individualizada al paciente y su familia sobre:

- Uso correcto de la analgesia.
- Manejo de efectos secundarios.
- Identificación precoz de síntomas.
- Estrategias de afrontamiento.
- Técnicas básicas de autocontrol del dolor.

5. Incorporar la dimensión espiritual en la práctica clínica.

La revisión evidencia que la dimensión espiritual continúa siendo una de las menos abordadas en la atención oncológica. Por ello, se recomienda que enfermería explore aspectos relacionados con:

- Sentido de vida.

- Esperanza.
- Creencias y valores personales.
- Miedo a la muerte o al sufrimiento.

6. Promover cuidados centrados en la persona y la humanización asistencial.

La atención enfermera debe centrarse en las necesidades, preferencias y experiencias subjetivas del paciente, estableciendo una relación terapéutica basada en la empatía, la confianza y la comunicación.

11. CONCLUSIONES

La presente revisión narrativa ha permitido analizar el abordaje multidimensional del dolor en pacientes oncológicos desde la perspectiva del modelo de Dolor Total de Cicely Saunders. En conjunto, la evidencia revisada muestra que el dolor en el paciente oncológico continúa siendo abordado de forma predominantemente física, aunque se observa una tendencia progresiva hacia enfoques más integrales que incorporan dimensiones psicológicas, sociales y, en menor medida, espirituales.

En relación a las intervenciones enfermeras orientadas al manejo del dolor, se identifican estrategias como la educación terapéutica, el seguimiento clínico continuo, el apoyo emocional, las intervenciones cognitivo-conductuales y el uso de terapias complementarias.

Sin embargo, el análisis de las dimensiones del dolor revela un abordaje desigual. Mientras que la dimensión física y psicológica están ampliamente representadas en la práctica clínica y en la literatura revisada, las dimensiones social y espiritual continúan siendo insuficientemente abordadas. Esta limitación pone de manifiesto una aplicación parcial del modelo de Dolor Total, especialmente en lo referente a la atención de aspectos existenciales y relacionales del paciente.

Se proponen, por tanto, varias recomendaciones como incorporar herramientas de valoración integral para los pacientes que incluyan de manera completa aspectos emocionales, sociales y espirituales, la comunicación terapéutica entre enfermero-paciente, así como mejorar la formación específica del personal de enfermería en el manejo del sufrimiento emocional y atención espiritual. La enfermería, por su presencia continuada y su función educativa, evaluadora y relacional, se sitúa en una posición privilegiada para aplicar el modelo de dolor total en la práctica clínica.

En conclusión, el modelo de Dolor Total de Cicely Saunders constituye un marco conceptual útil y fundamental para comprender y abordar el dolor oncológico desde una perspectiva integral, aunque su implementación en la práctica clínica no es completa. Se refuerza así la necesidad de un enfoque integral donde las intervenciones enfermeras se centren en la persona y no únicamente en el síntoma físico, poniendo de manifiesto la influencia mutua entre las diferentes dimensiones del sufrimiento.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Guisado RE. Manejo integral del dolor oncológico. Estrategias farmacológicas y no farmacológicas para el control del dolor en pacientes con cáncer. NPunto. 2025;8(91). Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/91/manejo-integral-del-dolor-oncologico-estrategias-farmacologicas-y-no-farmacologicas-para-el-control-del-dolor-en-pacientes-con-cancer>
2. Kettle G. Multidisciplinary approach to cancer pain management. Ulster Med J. 2023;92(1):55–58. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9899029/>
3. American Pain Consortium. The biopsychosocial model: find relief from chronic pain. 2023. Disponible en: <https://www.americanpainconsortium.com/patient-resources/news/2023/july/the-biopsychosocial-model-find-relief-from-chron/#:~:text=Category:%20Integrated%20Pain%20Solutions%2C%20Chronic.and%20cultural%20aspects%20of%20pain>
4. Morales Sánchez L. Recursos personales y sociales percibidos como predictores del bienestar psicológico de mujeres supervivientes de cáncer de mama. Cádiz: Universidad de Cádiz; 2023. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10498/28805>
5. Pérez Hernández C, Alonso Babarro A, Ramos Aguerri A, et al. Guía para el abordaje interdisciplinar del dolor oncológico. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Guia_GADO_dolor_oncologico.pdf
6. Jara Sánchez C, Beato Zambrana C. Dolor oncológico. Rev Cáncer. 2020;34(4):212-220. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8648233>
7. Monsalve V, Gómez-carretero P, Soriano J. Intervención psicológica en dolor oncológico: un estudio de revisión. Psicooncología. 2006;3(1):139-52. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0606130139A>
8. Fajardo-Chica D. Sobre el concepto de dolor total. Rev Salud Pública (Bogotá). 2020;22(3):368–72. doi: 10.15446/rsap.V22n3.84833

9. Ngamkham S, Holden JE, Smith EL. Una revisión sistemática: Intervención de atención plena para el dolor relacionado con el cáncer. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019;6(2):161–9. doi: 10.4103/apjon.apjon_67_18
10. Vidal J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Rev Soc Esp Dolor*. 2020;27(4):232. doi:10.20986/resed.2020.3839/2020
11. Albiach CF, Villegas Estévez FJ, Dolores D, Alarcón L. Diagnóstico y tratamiento del dolor asociado al cáncer. Disponible en: [https://seor.es/wp-content/uploads/2021/10/AAFF Libro DIAGNOSTICO ASOCIADO AL CANCER interactivo.pdf](https://seor.es/wp-content/uploads/2021/10/AAFF_Libro_DIAGNOSTICO_ASOCIADO_AL_CANCER_interactivo.pdf)
12. Hospital Universitario de Fuenlabrada. InnovaHONCO [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/fuenlabrada/ciudadanos/innovahonco>
13. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS: dolor iatrogénico. *Oncología (Barc.)* 2005;28(3):33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es.
14. Saunders CM. The philosophy of terminal care. In: Saunders C, ed. *The Management of Terminal Disease*. London: Edward Arnold; 1978. p. 193-202.
15. Radbruch L, Payne S, Board of Directors of the European Association for Palliative Care. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *Eur J Palliat Care*. 2009;16(6):278-89.
16. Ferrell B. National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care: Implications for Oncology Nursing. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019;6(2):151-153. doi: 10.4103/apjon.apjon_75_18.
17. López Sánchez JR, Rivera-Largacha S. Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. *Rev*

Cienc Salud. 2018;16(2):339-54. Disponible en:
<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/6773>

18. Sleeth, G., Gottlieb, P., Srinivasan, A. *et al.* Evaluación del modelo de evaluación espiritual HOPE: una revisión exploratoria del interés internacional, las aplicaciones y los estudios realizados durante más de 20 años. *BMC Palliat Care*, 2025;24:191. doi: 10.1186/s12904-025-01809-z
19. Scarborough BM, Smith CB. Manejo óptimo del dolor en pacientes con cáncer en la era moderna. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(3):182–96. doi: 10.3322/caac.21453
20. National Cancer Institute. *Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento (PDQ®)*. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2024. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pro-pdq>
21. Duque-Ortiz C, Tirado-Otalvaro AF, Guarín-Cardona LF. Vivencia de la espiritualidad en el paciente con cáncer en quimioterapia ambulatoria. *Rev Cienc Cuid*. 2023;20(1):45–58. doi: 10.22463/17949831.3360
22. PDQ® Supportive and Palliative Care Editorial Board. La espiritualidad en el tratamiento del cáncer (PDQ®) . Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2024. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/dia-a-dia/fe-y-espiritualidad/espiritualidad-pro-pdq>
23. de Munter J, Dodlek N, Khmaladze A, Parreira ST, Ullgren H, de Man R, et al. El papel de las enfermeras especializadas en cáncer en el tratamiento del dolor relacionado con el cáncer en Europa. *Palliat Care Soc Pract*. 2023;17:26323524231216996. doi: 10.1177/26323524231216996
24. Mahfudh SS. Nurse's role in controlling cancer pain. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2011;33 Suppl 2:S146-8. doi: 10.1097/MPH.0b013e318230dfd8

25. Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? *Cancer J*. 2010;16(5):423–35. doi: 10.1097/PPO.0b013e3181f684e5
26. Can G, Mushani T, Rajhi BHA, Brant JM. The global burden of cancer pain. *Semin Oncol Nurs*. 2019;35(3):315–21. doi: 10.1016/j.soncn.2019.04.014
27. Wang M, Pei Z, Molassiotis A. Recent advances in managing chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a systematic review. *Eur J Oncol Nurs*. 2022;58. doi: 10.1016/j.ejon.2022.102134
28. Wang M, Ding X. Integrated palliative care improves the quality of life of advanced cancer patients. *BMC Palliat Care*. 2025;24(1). doi: 10.1186/s12904-025-01800-8
29. Jeong Y, Im YJ, Lee H, Park YA. Cancer pain experiences in adult patients with cancer: a qualitative meta-ethnography. *Eur J Oncol Nurs*. 2025. doi:10.1016/j.ejon.2025.102978
30. Ruano A, García-Torres F, Gálvez-Lara M, Moriana JA. Psychological and non-pharmacologic treatments for pain in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage*. 2022:e505-e520. doi:10.1016/j.jpainsymman.2021.12.021
31. Aryani R, Huda MH, Lalisang TJM, Dahlia D, Martha E, Wicaturatmashudi S, et al. A systematic review of self-management interventions for patients with colorectal cancer. *Malaysian J Nurs*. 2025;17(Suppl 1):158-168. doi:10.31674/mjn.2025.v17isupp1.016
32. Izgu N, Metin ZG, Eroglu H, Semerci R, Pars H. Impact of spiritual interventions in individuals with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Oncol Nurs*. 2024;71. doi:10.1016/j.ejon.2024.102646

33. Trisyani Y, Nuraeni A, Anna A, Priambodo AP, Sugiharto F. Nursing interventions for symptom management in breast cancer: a systematic review. *Int J Womens Health*. 2026;1-14. doi:10.2147/IJWH.S573338
34. Phetlerthirunkul P, Tsianakas V, Ayis S, Harris R. Clinical effectiveness of nurse-led palliative care interventions for patients with advanced cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2026. doi:10.1016/j.ijnurstu.2025.105303
35. Batool S, Suhonen R, Gul R, Yasmeen S, Stolt M. Effectiveness of nurse-Led interventions on self-care behaviors of patients living with cancer: a systematic review. *Eur J Oncol Nurs*. 2026. doi:10.1016/j.ejon.2026.103107