

Análisis de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Cuidado de la Enfermería Paliativa Oncológica

Analysis of the unpleasant symptoms theory in the oncologic palliative nursing care

Enf. Maritza Espinoza Venegas , Dra. Sandra Valenzuela Suazo

Universidad de Concepción, Chile.

RESUMEN

Objetivo: analizar la Teoría de Rango Medio de los Síntomas Desagradables y examinar las directrices del cuidado que plantea la teoría en el campo de la enfermería paliativa, de acuerdo con la evidencia existente. **Desarrollo:** corresponde a los profesionales de enfermería elegir una teoría que se ajuste al foco de cuidado específico de su área profesional. Para la enfermería constituye un desafío permanente la interpretación de la teoría de enfermería para su aplicación tanto en la práctica como en la investigación. Las teorías de enfermería propias de la disciplina, permiten observar las diferentes situaciones en la salud y guiar los cuidados, generar vínculos más directos con la investigación y la práctica, además otorga una explicación más específica y organizada a la observación del fenómeno de interés de la disciplina, facilitando guiar la práctica y la investigación. La Teoría de Rango Medio de los Síntomas Desagradables es una de ellas, que puede ser aplicada al control de las manifestaciones en los Cuidados de Enfermería Paliativos. **Conclusiones:** su utilización en la práctica puede orientar la estructuración de guías o protocolos de cuidados propios de enfermería. Esta teoría estimula un pensamiento integrador frente al abordaje y manejo de las manifestaciones. La forma de abordarla es sencilla y fácil de entender.

Implicancias: A través de la práctica se pone a prueba la construcción teórica y gracias a ello puede continuar incrementándose y/o aplicándose el conocimiento de la disciplina.

Palabras clave: Teoría de enfermería, enfermería, cuidados paliativos.

ABSTRACT

Aims: To analyze the Middle-Range Theory of Unpleasant Symptoms and to examine the care guidelines, that the theorist considers in the field of palliative nursing, according to the existing evidence. **Development:** it corresponds to nursing professionals to choose a theory that fits the specific care focus of their professional area. The interpretation of nursing theory constitutes a challenge for nursing professionals for its application to both practice and research. Nursing theories, proper of the discipline, allow to observe the different situations and guide health care, create more direct links to research and practice, as well as providing a more specific and organized explication to the observation of the phenomenon of interest in the discipline, providing guided practice and research. The middle-range theory of unpleasant symptoms is one of them, which can be applied to control the demonstrations in the Palliative Nursing Cares. **Conclusions:** its use in practice can guide the structuring of guidelines or protocols of nursing care. This theory encourages integrative thinking against the approach and handling of the demonstrations. The form to address it is simple and easy to understand. **Implications:** Through practice tests the theoretical construction may continue to increase and/or apply the knowledge of the discipline.

Keywords: Nursing theory, nursing, palliative cares.

INTRODUCCIÓN

Uno de los mayores desafíos para enfermería es la utilización de sus propias teorías tanto en la práctica como en la investigación. El crecimiento de la disciplina depende de la aplicación sistemática y continua de los conocimientos de enfermería y la formación de nuevos conocimientos. Los conocimientos están organizados en teorías que proporcionan una manera estructurada de ver el fenómeno propio de la disciplina de enfermería. Varios autores describen ^{1,2} diferentes niveles de abstracción que permitirían abordar los problemas de salud. Los niveles de abstracción en el conocimiento tienen 3 peldaños: ideas regarding a health issue, such as pain. in Figure 1, the Ladder of Abstraction has 3 rungs: the philosophical, theoretical, and empirical rungs 3 dif- filosófico, teórico y empírico. Cuanto más alto sea el nivel, más abstracta are the ideas. son las ideas. Hence, philosophical levels of thought are Por lo tanto, los niveles de pensamiento filosófico son más abstractos que los niveles teóricos, y a su vez los niveles teóricos lo son más que los niveles empíricos.³ Cada nivel aporta a una comprensión a los problemas de salud. No obstante, el nivel medio proporciona una mirada más concreta de ver el fenómeno. Permite guiar la práctica, a su vez la práctica permite generar preguntas de investigación, y los resultados de investigación generar mayor conocimiento para la teoría. En este nivel se ubican las teorías de rango medio, siendo de especial interés la Teoría de los Síntomas Desagradables. Esta teoría según sus autores se encuentra en pleno desarrollo y la aportación a través de un examen crítico puede contribuir a perfeccionarla. Esta teoría contiene símbolos, ideas y conceptos que permiten a través de un enfoque sistemático, guiar estrategias de prevención e intervención que pueden ser utilizadas para contextos determinados de salud donde las personas manifiestan variados síntomas.⁴

Las manifestaciones de la enfermedad son una experiencia subjetiva, valorada por the patient. el paciente. El control de los síntomas cobra primera importancia en el campo de cuidados paliativos. En esta condición lExamples of symptoms are pain, nausea, as personas vivencian una enfermedad avanzada que provoca una serie de síntomas de

intensidad variable, cambiantes y de origen multifactorial,⁵ su control y manejo apropiado son la base que sustenta los cuidados paliativos. Los síntomas más frecuentes que manifiestan los pacientes en cuidados paliativos son dolor, náuseas, fatiga, disnea, estreñimiento, entre otros.⁶ Por definición los cuidados paliativos intentan mejorar la calidad de vida de las personas y sus familias a través de prácticas no sólo físicas sino también psicológicas, sociales y espirituales. Implica para ello, además, la actuación de varias disciplinas. Las diferentes disciplinas aportan con evidencias para tratar y evaluar variados síntomas que se presentan en este contexto.

Por lo anterior, el Ministerio de Salud chileno ha desarrollado a través de varias etapas, la Norma de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos⁵ basada en las recomendaciones de la OMS, que orienta el cuidado en especial el control de síntomas en personas con cáncer. Sus protocolos de cuidados, están basados en evidencia científica imperante a nivel nacional y mundial. Aquí se describen las actuaciones del equipo de salud que pretenden contribuir a mejorar la calidad de cuidado y la uniformidad de estos dentro de los equipos de cuidados paliativos del país.

Si bien, la actuación coordinada y conjunta de las diferentes disciplinas es necesaria para el manejo de los síntomas, es imperativo clarificar el rol de enfermería en los cuidados. Existe la necesidad además, de evaluar los síntomas más allá de los indicadores clásicos de otras disciplinas, donde enfermería puede aportar a la luz de la Teoría de los Síntomas Desagradables un marco de actuación diferente, que complemente el manejo de síntomas con las otras disciplinas. Se advierte además, que la profesión de enfermería asume una responsabilidad reconocida en la gestión del cuidado,⁷ By contrast, signs are observable indicators que implica la planificación del cuidado, y a su vez necesita medir la calidad de cuidado a través de los indicadores desarrollados a partir de su teoría.

Este trabajo entonces, considera analizar la Teoría de Rango Medio de los Síntomas Desagradables y su aplicación a la práctica de cuidados paliativos oncológicos, examinando la evidencia aportada en la Norma de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos.⁵ Propone algunas orientaciones de cuidado específicos de enfermería en cuidados paliativos a partir de la teoría. Finalmente formula desde la teoría la búsqueda de mayor evidencia que facilite y aclare algunas aproximaciones, que pueden ser resueltas a través de investigaciones posteriores.

DESARROLLO

Teoría de Síntomas Desagradables

La Teoría de los Síntomas Desagradables,^{2,4,8} fue propuesta como medio para integrar la información existente acerca de una variedad de manifestaciones de enfermedad. Esta teoría fue desarrollada por el esfuerzo colaborativo de cuatro enfermeras investigadoras (Andreu Gift, Renee Milligan, Elizabeth Lenz, Linda Pugh) en 1995 y, luego perfeccionada en 1997. Ellas compartían el interés y la naturaleza en la práctica clínica. Es una teoría que emerge de manera espontánea de la práctica de enfermería de manera inductiva de lo particular a lo general, a partir de reflexiones del mundo real.⁴

Esta teoría está basada en la premisa de que existen puntos en común en las diferentes manifestaciones experimentadas por los pacientes. Su marco teórico tiene utilidad para la práctica y la investigación pues, proporciona un esquema de organización y fomenta el pensamiento integrador entre muchos aspectos de la experiencia de los síntomas.⁴ El contenido teórico considera el síntoma como una

experiencia individual subjetiva, sin embargo, no lo considera de manera aislada, por el contrario, toma en cuenta el contexto familiar y social, junto con los factores situacionales que pueden influir en los síntomas.⁸ Desde esta perspectiva se enriquece la mirada integradora de la enfermería.

El propósito de esta teoría es "mejorar la comprensión de la experiencia de la gran variedad de síntomas en diversos contextos y proporcionar información útil para el diseño de medios eficaces para prevenir, mitigar o controlar los síntomas desagradables y sus efectos negativos".⁴

A continuación, se analizan los conceptos de la teoría y su aplicación en la práctica de los cuidados paliativos oncológicos, considerando el marco referencial de evidencia que utiliza la Norma de Cuidados Paliativos.

Elementos Teóricos. Conceptos

La teoría tiene tres componentes principales: los síntomas que el individuo está experimentando, los factores influyentes que aumentan o afectan la naturaleza de la experiencia del síntoma y las consecuencias de la experiencia del síntoma o rendimiento.

Los síntomas son el primer componente de la teoría, y constituye el punto de partida de la teoría y por lo tanto el elemento central de esta. A su vez, los síntomas o las manifestaciones de enfermedad tienen una gran relevancia en el cuidado paliativo de enfermería. Los síntomas son definidos como *los indicadores percibidos del cambio en el funcionamiento normal como lo experimenta el paciente*.⁹ Por lo tanto, considera una experiencia subjetiva, pues, sólo es informada por el paciente. Esta teoría plantea la experiencia de uno o varios síntomas. Un síntoma puede preceder y posiblemente dar lugar a otro síntoma. Cuando se experimenta más de un síntoma al mismo tiempo, la percepción de estos puede ser mayor, que si se presenta de manera aislada.

En el contexto de los Cuidados Paliativos (oncológicos) los pacientes experimentan una serie de síntomas a la vez, que son susceptibles de ser tratados⁽¹⁰⁾. La prioridad del tratamiento según los principios de los Cuidados Paliativos, está dada por la jerarquía que le dé el paciente (informe subjetivo según la teoría) o en el caso que tenga incapacidad para comunicarse, lo que manifieste la familia. Los síntomas que frecuentemente presentan las personas atendidas en el Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (PAD y CP) son:⁶ dolor, anorexia, ansiedad, baja de peso, estreñimiento, fatiga, náuseas, insomnio, vómitos, linfodema, ascitis, disnea, incontinencia, depresión. La mayoría de las personas presentan alrededor de 9 síntomas.

Se reconoce que el dolor es el síntoma más importante, frecuente¹¹ y que más influye en la calidad de vida de las personas.^{12,13} En este sentido la teoría, puede ampliar e incorporar la evidencia existente para orientar sobre la jerarquía que pueden llegar a tener los diferentes síntomas, a pesar que debe ser el paciente quien informe sobre su importancia, puede presentar en determinado momento dificultad para comunicar sus molestias.¹⁴

Cada síntoma se expresa como una experiencia multidimensional, que puede conceptualizarse y medirse separadamente o en combinación con otros síntomas. Las dimensiones apreciables de cada síntoma son: *la intensidad o gravedad, el grado de estrés o ansiedad asociado, el tiempo y la calidad*. Estas dimensiones a su vez están relacionadas entre sí .

La dimensión intensidad o gravedad: se refiere a la severidad, fuerza o cantidad del síntoma que experimenta, siendo fácilmente cuantificable. En Cuidados Paliativos se recomienda la utilización de las diferentes escalas⁵ para cuantificar en especial el dolor. Esta es una medida validada para objetivar la magnitud del dolor. La teoría plantea la necesidad de cuantificar no sólo el dolor sino todos los síntomas presentados. Por otro lado, existe evidencia¹⁵ utilizada en cuidados paliativos oncológicos sobre la evaluación de los síntomas, de que no sólo puede ser considerado lo que el paciente describe, sino también a través de la observación de la enfermera/o, familiar o cuidador.

La dimensión angustia: se refiere al aspecto afectivo o al grado de molestia que experimenta el paciente por la experiencia de los síntomas. Frente a un mismo síntoma los sujetos pueden experimentar diferentes niveles de angustia. Claramente, el grado de sufrimiento o angustia experimentado con uno o varios síntomas está relacionado con su intensidad o tipo de cáncer. También tiene que ver con el sentido que el individuo le otorga al síntoma. En cuidados paliativos existe evidencia que determinados síntomas¹⁴ (como el dolor, anorexia, náuseas, fatiga) tienen significados diferentes en la persona enferma. Estos, además, pueden tener repercusiones en su ambiente más próximo como su familia y/o seres queridos. Otros autores¹⁶ consideran el significado como una dimensión de la experiencia del síntoma independiente y adicional a la angustia. Es coincidente con investigaciones¹⁴ que señalan que el significado no sólo puede implicar angustia sino otros diferentes significados relacionados con aspectos personales de cada persona que experimenta el síntoma. En cuidados paliativos de enfermería es necesario reconocer la presencia de angustia y cómo interactúa con los otros síntomas y factores influyentes.

La dimensión tiempo: incluye la duración y frecuencia del o los síntomas. El tiempo permite diferenciar los síntomas agudos de los crónicos que tienden a ser de diferente naturaleza y que deben ser tratados de manera diferente. También pueden tener un significado diferente para el individuo que los experimenta. Los síntomas crónicos pueden ser particularmente más angustiosos debido a su duración. Esta dimensión es relevante en cuidados paliativos porque, generalmente, los síntomas son de naturaleza crónica y de larga duración, que a su vez varían en el tiempo y en el mismo paciente. Como por ejemplo, el dolor y otros síntomas se mantienen hasta los últimos momentos de vida y pueden ser cada vez más intensos si no se manejan adecuadamente a medida que avanza la enfermedad.¹⁷ Por lo tanto, para tener una visión de esta dimensión, en los cuidados paliativos de enfermería convendría preguntar a los pacientes en qué momento se manifiestan los síntomas o cuándo son más intensos, desde cuándo lo tiene, si es permanente o varía en el tiempo.

La Dimensión calidad del síntoma: se refiere a la naturaleza de los síntomas o a la manera en que se manifiesta o experimenta, es decir, lo que se siente al tener el síntoma. Con lo anterior la teoría reconoce que cada síntoma tiene aspectos y características únicas. Existen descriptores específicos que pueden caracterizar a cada síntoma como por ejemplo: en el dolor se consulta el tipo de dolor, si es somático, visceral o neuropático, intensidad, frecuencia, duración, qué factores lo intensifican o lo atenúan.¹⁸ Este aspecto de la teoría es muy relevante pues permite caracterizar el síntoma, reconocerlo y tratarlo adecuadamente. Lo importante es reconocer que cada paciente tiene una capacidad propia para describir lo que él o ella está experimentando, por lo tanto se debe tener en cuenta la interpretación que debe hacerse de la descripción para categorizar el síntoma adecuadamente. En cuidados de enfermería paliativa debería orientarse a establecer que no sólo el dolor puede ser caracterizado sino también los otros síntomas que experimentan frecuentemente los pacientes oncológicos con enfermedad avanzada. Los cuidados de enfermería, en este aspecto, deberían considerar el consultar por ejemplo: cómo le duele; cómo se siente con las náuseas, cuánto le limita este síntoma el alimentarse; o la fatiga: si puede

realizar las cosas habituales o debe limitarse sólo a cosas menores, cuánto depende de cuidadores para realizar las cosas habituales.⁵

Los factores influyentes: son el segundo componente de la teoría. En este componente se identifican tres categorías de variables como influyentes de la experiencia de los síntomas: factores fisiológicos, psicológicos y situacionales. A su vez, estos pueden ser influenciados unos con otros.

Los factores fisiológicos son los procesos de alteraciones patológicas, de la funcionalidad de los sistemas, la nutrición, aquellos relacionados con el tratamiento. En cuidados paliativos se relaciona con la duración y el estadio de la enfermedad oncológica, tipo de cáncer. También tiene que ver con la edad, estructura genética, raza y origen étnico.

La teoría afirma que pueden existir, a su vez, complejas interacciones entre los diferentes factores fisiológicos influyendo en el o los síntomas. Por ejemplo, la intensidad de dolor puede estar relacionada con el avance de la enfermedad. La edad tiene que ver con la manifestación de dolor: así los ancianos manifiestan menos el dolor que las personas de edades intermedias o los jóvenes.⁵

Los factores psicológicos son uno de los componentes más complejos del modelo. Se incluyen tanto variables cognitivas y afectivas. Las variables afectivas consideran el estado de ánimo antes o después del síntoma. Es la respuesta afectiva a la enfermedad o los síntomas. Entonces la ira, rabia, o depresión, que puede presentar una persona que enfrenta el diagnóstico de enfermedad terminal influenciaría la experiencia de los síntomas. La variable cognitiva que puede afectar la experiencia de los síntomas incluye el grado de incertidumbre que lo rodea y su repertorio de habilidades de afrontamiento cognitivo. La persona con enfermedad oncológica avanzada que posee recursos cognitivos de afrontamiento presentará una experiencia de síntomas menos intensa que una persona que no posee las habilidades necesarias.¹⁹

Los factores situacionales abarcan el entorno social y físico del individuo. Así el entorno cultural puede hacer variar la expresión de síntomas, porque hay un componente aprendido a interpretar y a expresar. También están relacionados con el acceso a recursos financieros, a la atención de los servicios de salud en forma oportuna, eficaz y eficientemente, cuidado por personal con las competencias para el tratamiento de síntomas físicos oncológicos o no oncológicos y el abordaje adecuado de la problemática psicológica. Este aspecto es de reconocida importancia, y es imprescindible, abordar con máximo esfuerzo las demandas de cuidado, pues, se reconoce que no es posible eliminar la enfermedad (causa de los síntomas), pero sí, el manejar los factores situacionales que influyen positivamente (o negativamente) en los resultados de la experiencia de los síntomas.¹⁹⁻²¹

Un ejemplo que involucra los 3 factores influyentes de una enfermedad oncológica avanzada en cuidados paliativos, que causa alteraciones fisiológicas, puede comprometer el estado de ánimo (psicológico), y a su vez la falta de apoyo social (situacional) determina una carencia de cuidados, que puede influenciar fuertemente la experiencia del o de los síntomas.²¹ En el caso de una persona con cáncer cervicouterino avanzado, que por su invasión tumoral, presenta compromiso de la función renal y digestiva. La metástasis ósea provoca dolor y dificultad para movilizarse (factor fisiológico); el estado de ánimo depresivo (factor psicológico) se combina con la falta de asistencia oportuna (factor situacional), por consiguiente, es probable que los síntomas que ella experimenta de dolor, estreñimiento, náuseas y anorexia sean mucho más intensos y angustiosos. Además, la misma situación, condiciona que permanezcan en el tiempo estos síntomas por la falta de asistencia,

generando consecuencias más nefastas en la experiencia de los síntomas. Por el contrario según se evidencia, los pacientes oncológicos que presentan mejor experiencia ante los síntomas, son los que perciben mayor apoyo del equipo o satisfacción del cuidado (factor situacional), sumado a un afrontamiento positivo por aceptación de la enfermedad (factor psicológico).¹²

Las autoras de la teoría señalan según la evidencia,⁴ que los factores influyentes pueden variar en importancia como predictores de la experiencia de síntomas de un estudio a otro. A pesar de ello, los factores psicológicos son los que se evidencian como los de mayor frecuencia en la predicción de la experiencia de síntomas. Esto es coincidente con la evidencia en el área de cuidados paliativos.⁵

Consecuencia de la experiencia del síntoma o rendimiento: es el componente final de la teoría de los síntomas desagradables, es el «resultado o efecto de la experiencia del síntoma sobre la capacidad del individuo para funcionar que *incluye habilidades cognitivas, motoras y de comportamiento social*. Las consecuencias pueden abarcar varias dimensiones: la actividad física y la discapacidad; el desempeño del rol funcional que incluye la comprensión, el aprendizaje, la concentración y la resolución de problemas; y además de la interacción social. Un síntoma o un conjunto de síntomas puede generar una serie de consecuencias en la experiencia del síntoma. Un síntoma inmediato puede generar resultados primarios o secundarios, inmediatos o tardíos. Una persona que vive sola y que presenta una metástasis ósea en la columna vertebral, le genera gran dolor e incapacidad para moverse (dimensión física), no podrá relacionarse con el grupo que normalmente frecuenta (dimensión social) generándole un aislamiento social, además de una creciente necesidad de cuidados dependientes (resultados inmediatos y primarios), que de no ser satisfechos podrían deteriorar aún más los resultados de la experiencia de los síntomas (calidad de vida).

Este concepto, según varios autores,^{13,20,22} sugiere considerar en la teoría de los síntomas desagradables, los resultados de la experiencia de síntomas como resultados en la calidad de vida de la persona. Para los cuidados paliativos este concepto es objetivo principal en los cuidados otorgados. La teoría aporta a los cuidados paliativos la visión de retroalimentación entre las consecuencias de los resultados (calidad de vida) de la experiencia de síntomas y la experiencia misma de los síntomas. Los pacientes que logran manejar bien los síntomas, ya sea, porque se controlan los factores influyentes y la interacción entre las diferentes dimensiones de los síntomas, tienen una mejor experiencia de los síntomas. A su vez esto permite un mejor resultado en las consecuencias de la experiencia de los síntomas. Al contrario, se puede dar un deficiente manejo de los factores que influyen en los síntomas y/o sus diferentes dimensiones, que pueden generar “consecuencias negativas en los resultados” (calidad de vida) y así, afectar negativamente en la experiencia de los síntomas.²³

De acuerdo con lo anterior, son clínicamente aplicables las medidas de calidad de vida relacionadas con la salud especialmente en la persona con cáncer^{24,25} para valorar los resultados finales y las consecuencias de la experiencia de síntomas. De acuerdo con la teoría, estos instrumentos de calidad de vida valoran los resultados o consecuencias de la experiencia de síntomas.

Es posible a partir de la teoría construir sub-escalas que midan los elementos del modelo para evaluar las intervenciones de enfermería de proceso (síntomas, factores influyentes, consecuencias) más que de resultados globales (calidad de vida). Este es el real aporte de la teoría de los síntomas desagradables a la práctica y a la investigación de enfermería en los cuidados paliativos.

Se reconoce, además que investigadores de enfermería y de otras disciplinas,^{23,26,27} han desarrollado diferentes escalas de medida en personas con cáncer, generando numerosas evidencias que necesitan ser examinadas para medir y a su vez ampliar el constructo del Modelo Teórico de los Síntomas Desagradables con la finalidad de generar un conocimiento potencialmente útil en los cuidados paliativos de enfermería.

Consideraciones finales

La aplicabilidad de la Teoría de Rango-Medio de los Síntomas Desagradables a los cuidados paliativos de enfermería, puede orientar la estructuración de guías o protocolos de cuidados propios de la enfermería, como se demuestra en el análisis de este artículo. Esta teoría enfatiza la interacción entre los factores de influencia, los síntomas y las consecuencias de las experiencias ante los síntomas, lo que estimula un pensamiento integrador frente al abordaje y tratamiento de los síntomas. La forma de abordarlo es sencilla y fácil de entender.

El conocimiento científico que posee esta teoría, se enlaza con otras disciplinas que estudian esta misma problemática de salud. Lo anterior genera la ventaja de poder enriquecer su constructo sobre la base de la evidencia existente y aportar una visión disciplinaria interesante e integradora al observar este fenómeno de salud.

La teoría orienta la existencia de una retroalimentación entre las consecuencias de los resultados de la experiencia de síntomas (calidad de vida) y la experiencia de síntomas. Este aspecto es evidenciado por numerosas investigaciones.^{12,13, 19, 23}

Se observa la necesidad de ampliar e incorporar la evidencia existente sobre la jerarquía que puede llegar a tener los diferentes síntomas, a pesar de que debe ser el paciente quien informe sobre su importancia. Se conoce de antemano por diferentes investigaciones^{12,13} que algunos síntomas que tienen mayor consecuencia en los resultados.

Por otro lado, dada que la variedad de tipos de cáncer en cuidados paliativos, que manifiestan varios síntomas a la vez, se coincide con las autoras⁽⁸⁾ que la Teoría de los Síntomas Desagradables, necesita ser más explícita con el fenómeno cuando aborda múltiples síntomas.

Existe un número creciente de evidencia que sugiere la evaluación de los síntomas a través de los cuidadores o la familia, cuando el paciente no es capaz de comunicarse.²⁰ Es frecuente en cuidados paliativos que los pacientes lleguen a una etapa donde no son capaces de comunicar sus molestias, y es necesario considerar a los cuidadores o al personal de salud, como intermediario para interpretar los síntomas de la persona enferma.

Finalmente, se requiere de la observación crítica continua de la Teoría de los Síntomas Desagradables, a través de su aplicación a un contexto determinado como son los cuidados de enfermería paliativa, así como su utilización en sucesivas investigaciones, que permitirán perfeccionar este interesante modelo para afrontar un foco cuidado de salud determinado como son los síntomas desagradables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Walker L, Avant K. Strategies for theory construction in nursing. Nortwalk,CT :Apleton&Lange 1995.
2. Smith M, Lierh P. Introduction to middle-range theory and the ladder of abstraction In Smith , MJ. Lierh, P.; Middle-Range Theory of Nursing. New York NY ed. 2003. p. 1-23.
3. Lierh P. Looking at Symptoms with a Middle-Range Theory Lens. Adv Stud Nurs 2005;3(5):152-7.
4. Lenz E, Pugh L. Theory of Unpleasant Symptoms. In: Smith M, Liehr P, editors. Middle Range Theory for Nursing. Second ed. NY: 2008. p. 159-83.
5. Minsal. Norma Programa de Alivio de Dolor y Cuidados Paliativos. 16-17. 2008. Santiago, Chile.
6. Minsal m. Informe de base de datos consolidado por Servicio de Salud Programa Alivio del Dolor. Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos por cáncer. 2005.
7. Milos P, Bórquez B, Larraín A. La "Gestión del Cuidado" en la Legislación Chilena: Interpretación y Alcance. Cien. Enferm. 2010;XVI(1):17-29.
8. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RC, et a. The Middle-Range Theory of Unpleasant Symptoms. Adv Stud Nurs 1997;19:14-27.
9. Rhodes V, Watson P. Symptom distress-The concept past and present. Seminars in Oncology Nursing 1987;3(4):242-7.
10. Ministerio dS. Alivio de Síntomas. Norma Programa Nacional Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos 2007.
11. World HO. Cancer Pain Relief and Palliative Care. WHO Tech Rep Ser 1990;15-7.
12. Espinoza M, Sanhueza O. Factores Relacionados con la Calidad del Proceso de Morir en las personas con cáncer. Rev Latino-Am Enfermagem 2010;18(4).
13. Sanhueza O, Valenzuela S, Torres A, Barriga O, Espinoza V. Quality of Life in Patients Admitted to the National Pain Relief and Palliative Care Program in Chile. A 119. Rev Quality of life research 2007;A-119.
14. Bruera E. Symptom control in patients with cancer. J Psychol Oncol 1990;8(2/3):47-73.
15. Buela-Casal G, Caballo V, Sierra JC. Evaluación del Dolor Crónico. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Ed. Siglo XXI ed. Madrid: 1996.
16. Armstrong T, Cohen M, Eriksen L, Hickey J. Symptom clusters in oncology patients and implications for symptom research in people with primary brain tumors. Journal of Nursing Scholarship 2004;36(3):197-206.
17. Khosravi P, Del Castillo A, Perez G. Manejo del dolor oncológico. Anales de Medicina Interna 2007;24(11):554-7.

18. Sánchez B. Abordajes Teóricos para comprender el dolor humano. *Aquichan* 2003; 3(3): 32-41.
19. Arriaza P, Cancino G, Sanhueza O. Pertenecer a Algo Mayor: Experiencias de Pacientes y Cuidadores durante el Cuidado Paliativo en Chile. *Cienc. Enferm.* 2009; XV(2): 95-106.
20. Patrick D, Engelberg R, Curtis R. Evaluating the Quality of Dying and Death. *Journal of Pain and Symptom Management* 2001; 22(3): 717-26.
21. Espinoza V, Sanhueza O. Contribuir a la Calidad en el Morir en el Cáncer. *Cienc. Enferme.* 2007; XIII(2): 17-23.
22. Redeker N, Lev E, Ruggeiro J. Insomnia, fatigue, anxiety, depression and quality of life of cancer patient undergoing chemotherapy. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal* 2000; 14(4): 275-90.
23. Arraras J, Martínez M, Manterota A, Lainez N. La evaluación de la calidad de vida en el paciente oncológico. El grupo de la calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología* 2004; 1(1): 87-98.
24. Groenvold M, Aa Petersen M, Aaronson N, Arraras J, Blazeby J, et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *Eur J Cancer* 2006; 42(1): 55-64.
25. Petersen M, Groenvold M, Aaronson N, Blazeby J, Brandberg Y, et al. Item response theory was used to shorten EORTC QLQ-C30 scales for use in palliative care. *J Clin Epidemiol* 2006; 59(1): 36-44.
26. Minton O, Stone P. A systematic review of the scales used for the measurement of cancer-related fatigue (CRF). *Annals of Oncology* 2009; 20: 17-25.
27. Gift AM. Validation of a vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. *Rehabilitation Nursing* 1989; 14(6): 323-5.

Recibido: 4 de noviembre de 2010.

Aprobado: 8 de enero de 2011.

Correspondencia:

Maritza Espinoza Venegas. Departamento de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile. Fono: 56-41-2204830 *email: mespinoz@udec.cl