



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO VS CUIDADOS
PALIATIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN ESTADO
TERMINAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO**

AUTORAS: AILYN MADELAINE SALINAS SILVA

IRENNE MIREYA VALDEZ VERDUGO

DIRECTOR: DRA. MAYRA DEL CARMEN ASITIMBAY MÁRQUEZ

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO VS CUIDADOS
PALIATIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN ESTADO
TERMINAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTORAS: AILYN MADELAINE SALINAS SILVA,
IRENNE MIREYA VALDEZ VERDUGO**

DIRECTOR: DRA. MAYRA DEL CARMEN ASITIMBAY MÁRQUEZ

CUENCA - ECUADOR

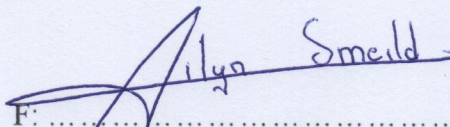
2026

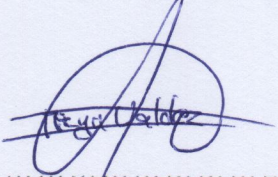
DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Ailyn Madelaine Salinas Silva portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º 0706985041 y Irene Mireya Valdez Verdugo portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º 0302893383. Declaramos ser los autores de la obra: “Encarnizamiento terapéutico vs cuidados paliativos en pacientes oncológicos en estado terminal: revisión sistemática”, sobre la cual nos hacemos responsables sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaramos que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaramos finalmente que nuestra obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también nos responsabilizamos y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 22 de septiembre de 2026


F:
Ailyn Madelaine Salinas Silva
C.I. 0706985041


F:
Irene Mireya Valdez Verdugo
C.I. 302893383

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado “ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO VS CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN ESTADO TERMINAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA” realizado por Ailyn Madelaine Salinas Silva con documento de identidad No. 0706985041, y por Irene Mireya Valdez Verdugo con documento de identidad No. 0302893383, previo a la obtención del título profesional de médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 22 de septiembre de 2026



Mayra Del Carmen
Asitimbay Marquez



F: _____

Dra. Mayra del Carmen Asitimbay Márquez

DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

A mi pequeña luz de vida, Emma Fiorella, que llegó a mi vida en el momento que más lo necesitaba y transformó mi oscuridad en esperanza. Contigo aprendí el verdadero significado de amor incondicional y fuerza. Gracias a ti que eres mi regalo más precioso que la vida me ha dado yo logré recuperar la motivación para seguir luchando por mis sueños, volver a empezar y luchar sin rendirme hasta llegar a la meta. Esta tesis y toda mi carrera con sacrificios son dedicados para ti.

A mi amada madre, Cecibel Silva, mi consuelo y refugio. Con tu amor y sobre todo tu infinita paciencia que me ha brindado a lo largo de esta carrera universitaria me han servido para poder sobrellevar vivir lejos de casa y avanzar con pasos firmes hacia mis objetivos. Siempre apoyándome sin importa la distancia o las horas.

A mi amado padre, Jorge Salinas, mi fuente de inspiración, mi guía y sostén. Mi gratitud hacia ti por siempre creer en mí en cada paso, por tus sacrificios silenciosos y sobre todo por enseñarme que ningún obstáculo es imposible de vencer cuando cuentas con el apoyo de la familia. Gracias por enseñarme la importancia del estudio, pero sobre todo por enseñarme que es de humanos equivocarse, que una nota no nos define, pero nuestros actos de lucha y perseverancia son lo que vale realmente la pena.

A mi querido y adorado hermano George Salinas, mi compañero de vida y cómplice de muchas aventuras. Tú presencia y tu apoyo ha sido un pilar importante a lo largo de este camino.

A mi psicóloga Silvana Vintimilla, quien fue para mi un apoyo emocional e incondicional que me acompañó y me sostuvo en mis momentos más difíciles. Gracias por enseñarme a enfrentar la el miedo y la tristeza con valentía, a luchar contra la depresión y a encontrar la que no sabía que tenía. Contigo descubrí como acoger mi propia fortaleza y confiar en mí, aun cuando todo parecía desmoronarse.

A todos amigos que en algún momento de la vida me apoyaron, con una gratitud especial para José Romero, por tu amistad sincera, tu apoyo incondicional, pero sobre todo por acompañarme en la tesis y en los desafíos universitarios. Este logro también es vuestro triunfo. Cada uno de ustedes son parte de este logro.

Ailyn Madelaine Salinas Silva

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis profesores y mentores, por su dedicación; a mis padres por su amor y sacrificio silencioso; a mis compañeros y amigos que hice a lo largo de este hermoso camino, con quienes compartí aprendizaje, desvelos, esperanzas, sacrificios y sueños. Gracias por de cada uno me llevo cosas imborrables en la vida.

Gracias a mi directora de tesis, Dra. Mayra del Carmen Asitimbay Marquez y a mi metodólogo Dr. Juan Coronel por su orientación constante en este proceso.

Ailyn Madelaine Salinas Silva

DEDICATORIA

Con profunda gratitud quiero expresar mi reconocimiento a quienes han sido fundamentales en la realización de este trabajo y en todo mi recorrido académico.

A mi madre Elina, a quien dedico cada página de esta tesis y cada paso de mi formación. Su amor infinito, su ejemplo de fortaleza y su memoria viva han sido mi principal inspiración para no rendirme jamás. Aunque físicamente no esté a mi lado, su presencia me acompaña en cada decisión y en cada logro. Gracias, mamá, por ser mi faro, por motivarme incluso desde el silencio, y por enseñarme que el verdadero amor guía incluso, aunque ya no está físicamente conmigo, ha estado presente en cada pensamiento, en cada lágrima y en cada logro alcanzado. Su partida dejó un vacío inmenso en mi vida, pero también encendió una llama en mi corazón que me impulsó a seguir adelante. Elegí este tema en su honor, como un pequeño homenaje a su vida, su lucha y su infinito amor.

A mi padre Gerardo, por su amor incondicional, su respaldo constante y por enseñarme el valor de la responsabilidad y el esfuerzo. Su confianza en mí ha sido uno de los motores más importantes para alcanzar esta meta.

A mis hermanos Josué y Juan, por estar siempre presente, por sus palabras de aliento en los momentos difíciles y por ser un ejemplo de cariño fraterno. Gracias por celebrar mis logros como si fueran suyos.

Y a mi tío Juan Verdugo, por ser una presencia firme y serena en mi vida. Su apoyo silencioso, su compañía desinteresada y su cariño constante han sido un sostén emocional en este largo camino.

Agradezco profundamente a mi compañera y amiga Ailyn por su apoyo incondicional, colaboración y motivación a lo largo de este proceso. Su amistad y trabajo en equipo han sido fundamentales durante todo el proceso. Gracias a cada uno de ustedes por ser parte de mi historia y de este logro que también les pertenece.

Mireya Valdez Verdugo

AGRADECIMIENTO

Gracias a mi Padre santo, por darme la perseverancia en este viaje. Agradezco por la salud, por cada día de fortaleza y por haberme concedido la oportunidad de cumplir este gran sueño junto a mi amada familia.

A mi tutora de tesis, por su invaluable orientación, por su paciencia y por su entrega durante todo este proceso. Gracias por compartir su conocimiento con generosidad, por corregirme con respeto y por motivarme a dar siempre lo mejor de mí. Su apoyo ha sido esencial para transformar esta investigación en una realidad.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la Universidad Católica de Cuenca por su apoyo y recursos proporcionados durante mi investigación, lo que ha sido fundamental para el desarrollo y culminación de este trabajo. Agradezco profundamente la oportunidad de haber podido realizar mis estudios en esta prestigiosa institución.

Mireya Valdez Verdugo

RESUMEN

Título: Encarnizamiento terapéutico vs cuidados paliativos en pacientes oncológicos en estado terminal: revisión sistemática

Objetivos: evaluar el encarnizamiento terapéutico y cuidados paliativos en pacientes oncológicos en estado terminal mediante una revisión sistemática.

Metodología: esta revisión sistemática siguió las directrices PRISMA 2020 y empleó la estrategia PICO para comparar el encarnizamiento terapéutico y los cuidados paliativos en pacientes oncológicos terminales. Se incluyeron estudios en inglés y español publicados en los últimos cinco años. La búsqueda se realizó en PubMed y WOS, utilizando descriptores DeCS/MeSH y operadores booleanos. El riesgo de sesgo se evaluó mediante RoB-2 y las herramientas JBI.

Resultados: se incluyó 14 artículos recientes publicados entre 2022 y 2025. Los principales hallazgos evidenciaron de manera objetiva y equilibrada que el encarnizamiento terapéutico, reduce significativamente la calidad de vida y aumenta considerablemente el sufrimiento emocional de los pacientes y sus familiares. Por el contrario, los cuidados paliativos tempranos demostraron beneficios en la reducción de síntomas depresivos, y promovieron un entorno positivo tanto para pacientes como para sus familiares.

Discusión: la evidencia presenta limitaciones inherentes al diseño observacional retrospectivo, particularmente un riesgo potencial de sesgo de selección, variabilidad en las intervenciones aplicadas y falta de uniformidad en las definiciones operativas utilizadas.

Conclusiones: el encarnizamiento terapéutico deteriora considerablemente la calidad de vida y el bienestar emocional de los pacientes oncológicos terminales, mientras que los cuidados paliativos, especialmente cuando se implementan tempranamente, proporcionan claros beneficios en la gestión sintomática y emocional.

Palabras clave: Distanasia, encarnizamiento terapéutico, paciente con enfermedad terminal.

ABSTRACT

Title: Therapeutic Obstinacy vs. Palliative Care in Terminally Ill Cancer Patients: A Systematic Review

Objectives: To evaluate therapeutic obstinacy and palliative care in terminally ill cancer patients through a systematic review.

Methodology: This systematic review followed the PRISMA 2020 guidelines and applied PICO strategies to compare therapeutic obstinacy versus palliative care in terminally ill cancer patients. Studies published in English and Spanish over the last 5 years were included. The search was conducted in PubMed and WoS (Web of Science), using Health Sciences Descriptors (DeCS)/Medical Subject Headings (MeSH) descriptors and Boolean operators. The risk of bias was assessed using Risk of Bias 2 (RoB 2) and Joanna Briggs Institute (JBI) tools.

Results: A total of 14 recent articles published between 2022 and 2025 were included. The main findings objectively and in a balanced manner demonstrated that therapeutic obstinacy significantly reduces quality of life and considerably increases the emotional suffering of patients and their families. Conversely, early palliative care showed benefits in reducing depressive symptoms and promoted a positive environment for both patients and their families.

Discussion: The evidence presents inherent limitations related to retrospective observational designs, particularly a potential risk of selection bias, variability in the interventions applied, and a lack of uniformity in the operational definitions used.

Conclusions: Therapeutic obstinacy considerably impairs the quality of life and emotional well-being of terminally ill cancer patients, whereas palliative care, especially when implemented early, provides clear benefits in symptomatic and emotional management.

Keywords: Dysthanasia, therapeutic obstinacy, terminally ill patient.

ÍNDICE

RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN.....	12
OBJETIVOS	14
METODOLOGÍA.....	15
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN.....	28
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS	34

INTRODUCCIÓN

Cuando alguien es diagnosticado con cáncer en fase terminal, nos enfrentamos a una realidad profundamente humana: ya no se trata de vencer la enfermedad, sino de acompañar con dignidad, cuidado y compasión a quien la padece, razón por la cual hoy en día cuando los tratamientos curativos ya no ofrecen resultados óptimos, el sistema de salud se enfrenta a un desafío primordial sobre el bienestar integral del paciente (1).

En este punto aparecen dos caminos disponibles tanto desde lo clínico como lo ético. El primero es el encarnizamiento terapéutico, que consiste en aplicar intervenciones médicas invasivas que no aportan calidad de vida y en muchos casos solo prolongan el sufrimiento. El segundo, son los cuidados paliativos considerada como una opción más humanista y centrada en aliviar el dolor físico, brindar apoyo emocional y acompañar tanto al paciente como a sus familiares (2).

Lejos de ser una forma de rendirse, los cuidados paliativos representan un acto de respeto hacia los deseos respetando principalmente uno de los principios de la bioética, siendo la autonomía del paciente. Su objetivo no es solo el control del dolor sino también el manejo de otros síntomas como la disnea, náuseas y el estreñimiento, asimismo intenta contener el impacto emocional del paciente. En cambio, cuando se insiste con tratamientos sin beneficios evidentes, se puede ir en contra de lo que el propio paciente desea, en el cual este tipo de prácticas que caen en el encarnizamiento terapéutico han generado un debate creciente en el ámbito médico donde se exige más evidencia y reflexión para tomar decisiones centradas en los pacientes (2,3).

En pacientes oncológicos en fase terminal la situación se vuelve especialmente compleja, dado el aumento de los casos, es clave revisar como los distintos enfoques terapéuticos impactan en su calidad de vida, por ende, se analiza la evidencia disponible, donde se puede entender mejor porque los cuidados paliativos representan una alternativa que alivia, contiene y respeta frente a estrategias invasivas que en muchas veces solo prologan la agonía (3).

Por esta razón la presente revisión sistemática se propone comparar ambos enfoques, el encarnizamiento terapéutico y los cuidados paliativos en pacientes oncológicos en etapas terminales desde una perspectiva clínica y profundamente humana. En este contexto, surge esta pregunta de investigación centrada en este trabajo: ¿Los cuidados paliativos se

asocian con una mejor calidad de vida y mayor bienestar al final de la vida en comparación con el encarnizamiento terapéutico en pacientes oncológicos en estado terminal?

OBJETIVOS

Objetivo general

- Evaluar el encarnizamiento terapéutico y cuidados paliativos en pacientes oncológicos en estado terminal mediante una revisión sistemática.

Objetivos específicos

1. Analizar el impacto del encarnizamiento terapéutico versus cuidados paliativos en la calidad de vida y el bienestar emocional de los pacientes oncológicos en estado terminal.
2. Describir las consecuencias del encarnizamiento terapéutico y las ventajas de los cuidados paliativos para el paciente, la familia y el sistema de salud.

METODOLOGÍA

La presente revisión sistemática fue elaborada siguiendo los lineamientos de la declaración PRISMA “Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses” del año 2020. De igual manera, se comprobó que el tema no se encuentre registrado en PROSPERO “International prospective register of systematic reviews”.

Para la formulación de la pregunta de investigación se utilizó la nemotecnia PICO, la cual se describe en la tabla 1.

Tabla 1. Pregunta PICO.

COMPONENTES		DESCRIPCIÓN
P	Pacientes o población	Pacientes oncológicos en estado terminal
I	Intervención	Encarnizamiento terapéutico
C	Comparación	Cuidados paliativos
O	Resultados	Mejor calidad de vida, alivio de sufrimiento, dignidad en el proceso de muerte

Por lo que nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Los cuidados paliativos en comparación con el encarnizamiento terapéutico se asocian con una mejor calidad de vida y mayor bienestar en el final de la vida en pacientes oncológicos en estado terminal?

Criterios de elegibilidad

Dentro de los criterios de elegibilidad empleamos los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Fecha de publicación: últimos 5 años
- Disponibilidad de texto: artículos completos de acceso libre
- Tipo de artículo: ensayos clínicos, estudios observacionales.
- Idioma: español e inglés
- Especie: humanos
- Edad: mayores a 18 años

Criterios de exclusión:

- Literatura sin fundamento científico o bibliografía gris
- Estudios no acordes a metodología planteada en el estudio
- Tipo de artículo: reporte de casos, revisión sistemática, metaanálisis.

Fuentes de información

Los estudios fueron consultados desde el 1 de marzo de 2025 hasta el 30 de marzo de 2025, en las siguientes bases de datos: Pubmed y Web of Science.

Estrategias de búsqueda

Las palabras clave empleadas fueron consultadas en la página web “Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS/MeSH”, como se observa en la tabla 2.

Tabla 2. Términos DeCS/MeSH

FUENTE	PALABRA CLAVE	TERMINOS ALTERNATIVOS
DeCS	Encarnizamiento terapéutico	Ensañamiento terapéutico
MeSH	Therapeutic obstinacy	Therapeutic cruelty
DeCS	Cuidados Paliativos	Apoyo en Cuidados Paliativos; Asistencia Paliativa de Apoyo; Atención Paliativa; Cirugía Paliativa; Tratamiento Paliativo
MeSH	Palliative Care	Care, Palliative; Palliative Supportive Care; Palliative Surgery; Palliative Therapy; Palliative Treatment; Palliative Treatments; Supportive Care; Supportive Care, Palliative; Surgery, Palliative; Therapy, Palliative; Treatment, Palliative; Treatments, Palliative
DeCS	Cuidados Paliativos al Final de la Vida	Cuidado por Desamparo; Programas de Cuidados Paliativos; Programas de Hospicios
MeSH	Hospice Care	Bereavement Care; Care, Bereavement; Care, Hospice; Hospice Program; Hospice Programs; Program, Hospice; Programs, Hospice
DeCS	Enfermos Terminales	-
MeSH	Terminally ill	-

Estos términos fueron asociados empleando el operador booleano “AND y OR” para construir los siguientes algoritmos de búsqueda que se detallan en la tabla 3, los cuales fueron utilizados en las bases de datos antes descritas.

Tabla 3. Ecuaciones de búsqueda.

BASES DE DATOS	ALGORITMOS DE BÚSQUEDA
Pubmed y Web of Science	((Therapeutic obstinacy) OR (Therapeutic obstinacy) OR (Dysthanasia)) AND (Terminally ill)
	((Palliative Care) OR (Hospice Care)) AND (Terminally ill)

Proceso de selección de los estudios

La selección de los estudios fue realizada por las autoras mediante dos etapas: en la primera se examinó el título y resumen de cada artículo con la finalidad de excluir estudios no relacionados con el tema o duplicados; en la segunda etapa los artículos restantes fueron analizados de forma completa para determinar si cumplen con los

criterios de elegibilidad antes descritos. Para la eliminación de duplicados se empleó el software Zotero.

Proceso de extracción de los datos

La extracción de la información fue efectuada por las autoras. Los datos fueron recopilados en una base previamente elaborada el programa Microsoft Excel. En casos de desacuerdo en la selección o extracción, el encargado de solventar esta problemática fue el conductor de la investigación.

Lista de datos

- Desenlaces: Mejor calidad de vida, alivio de sufrimiento, dignidad en el proceso de muerte
- Otras variables: base de datos, título del artículo, autor del estudio, año, país y URL o DOI.

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales

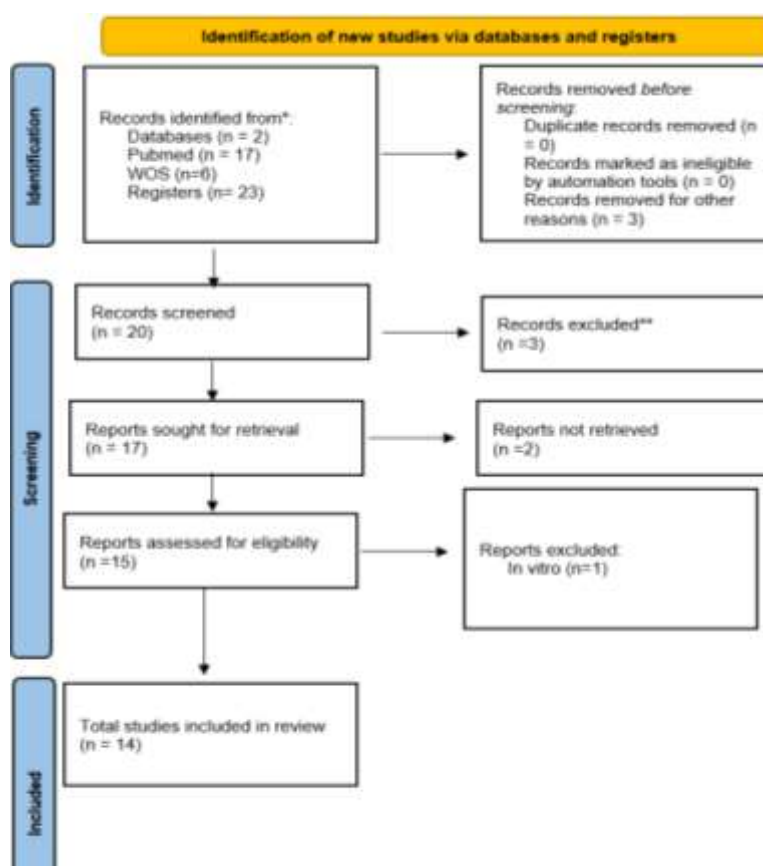
La valoración del riesgo de sesgo se efectuó mediante las herramientas: Risk of bias tool (RoB 2) para el caso de ensayos clínicos; y JBI critical appraisal tools en caso de estudios: transversales, cohortes, cualitativos y narrativos.

RESULTADOS

Selección de los estudios

Inicialmente se identificaron 2 bases de datos con un total de 43 registros. Luego del proceso de depuración, se eliminaron 21 registros por no cumplir con los criterios de inclusión, quedando 22 estudios para evaluación. De estos, se excluyeron 3 durante el cribado, y 4 no pudieron ser recuperados. Se evaluaron 15 artículos en texto completo, de los cuales uno fue excluido por ser un estudio *in vitro*. Finalmente, 14 estudios cumplieron los criterios de elegibilidad y fueron incluidos en el análisis final, conformando la base de evidencia utilizada en la presente revisión.

Figura 1. Diagrama de selección de artículos



Características de los estudios

Tabla 4. Artículos incluidos en la revisión sistemática

Nº	Base de Datos	Título	Autor(es)	Año	País	URL o DOI
1	PubMed	Spiritual well-being, dignity-related distress and demoralisation at the end of life-effects of dignity therapy: a randomised controlled trial (4)	De Vincenzo F et al.	2022	Italia	10.1136/spcare-2022-003696.
2	PubMed	Timing of Palliative Care, End-of-Life Quality Indicators, and Health Care Use Among Medicare Beneficiaries With Advanced Cancer(5)	Mah SJ et al.	2024	EE. UU.	10.1001/jamanetworkopen.2024.40977
3	PubMed	Effects of dignity therapy on psychological distress and wellbeing of palliative care patients and family caregivers – a randomized controlled study (5)	Annina S et al.	2024	Switzerland	10.1186/s12904-024-01408-4.
4	PubMed	Hospice vs Palliative care: A comprehensive review for primary care physician (6)	Mona S. et al	2024	EE. UU.	10.4103/jfmnp.jfmnp_2262_21
5	WOS	Challenges in Palliative Care in Latin America: A Narrative Review (7)	Joseph Pergolizzi Jr.et al (2024)	2024	Latin America	10.7759/cureus.60698
6	PubMed	Dignity Therapy for Patients with Advanced Cancer and Their Family Caregivers (8)	Seiler A et al.	2024	Alemania	10.1186/s12904-021-00821-3
7	PubMed	Early Palliative Care in Advanced Cancer: A Randomized Controlled Trial (9)	Kang CM et al.	2024	Corea del Sur	10.1001/jamanetworkopen.2024.26304.
8	PubMed	Effects of Biographical Music Therapy 'Song of Life' in Palliative Care (10)	Warth M et al.	2021	Alemania	10.1177/02692163211010394.
9	PubMed	Hope for Recovery in Terminal Cancer Patients in Poland (11)	Baczewska B et al.	2020	Polonia	10.1155/2020/7529718
10	PubMed	Communication Training (PALI-COM) for Oncologists (12)	Harnischfeger S et al.	2022	Alemania	10.1016/j.esmoop.2022.100623
11	PubMed	Withdrawal/Withholding of Life-Sustaining Therapies: Limitation of Therapeutic Effort in the Intensive Care Unit (13)	Bolaños A. et al.	2024	España	10.3390/medicina60091461
12	PubMed	Identifying Palliative Patients in General Practice: Focusing on the Place of Death and the Vital Role of Specialized Home Palliative Care: An Observational Study (14)	Engeser P et al.	2020	Alemania	10.1089/jpm.2020.0037
13	PubMed	Therapeutic Obstinacy in End-of-Life Care-A Perspective of Healthcare Professionals from Romania (15)	Gema Bacoanu A et al.	2024	Romania	10.3390/healthcare12161593
14	PubMed	Hope, meaning in life and religious/spiritual struggle predicts the quality of life in cancer patients with early and advanced malignancy: a structural equation modeling approach (16)	Fauzia Nazam et al.	2024	India	10.1080/21642850.2024.2351936

□

Riesgo de los sesgos de los estudios individuales

Se evaluó el riesgo de sesgo de cada uno de los artículos incluidos en la presente revisión.

Se incluyeron 14 artículos en revisión.

Study	D1	D2	D3	D4	D5
Kang CM et al. (2024)	+	+	+	+	+
De Vincenzo F et al.	+	+	+	+	+
Warth M et al. (2021)	+	+	+	+	+
Baczewska B et al. (2020)	+	+	+	+	+
Harnischfeger S et al. (2022)	+	+	+	+	—
Bolaños A. et al. (2024)	+	+	—	—	

El gráfico muestra la evaluación del riesgo de sesgo para 6 estudios mediante la herramienta RoB 2 de Cochrane. Cuatro de los seis estudios incluidos reflejaron riesgo bajo. Sin embargo, los ensayos de Harnischfeger et al. (2022) y Bolaños et al (2024), presentaron un riesgo moderado.

Se evaluaron los 3 estudios transversales incluidos en la revisión: 1 estudio (Engeser et al) genero un resultado de un riesgo leve de sesgo, 2 estudios (Fauzia et al. Y Gema et al.) con riesgo moderado, como se detalla en la tabla 5.

Tabla 5. Riesgo de sesgo de estudios trasversales mediante la herramienta JBI.

Criterio JBI	Engeser P. et al. (2020)	Gema Bacoanu A. et al. (2024)	Fauzia Nazam et al. (2024)
1. Criterios de inclusión claramente definidos	Sí	Sí	Sí
2. Sujetos y contexto descritos en detalle	Sí	Sí	Sí
3. Exposición medida de forma válida y fiable	Sí	Incertidumbre	Incertidumbre
4. Uso de criterios objetivos/estándares para medición de la condición	Sí	Sí	Sí
5. Identificación de factores de confusión	Sí	Sí	Sí
6. Estrategias para controlar los factores de confusión	Sí	Sí	No
7. Resultados medidos de forma válida y fiable	Sí	Sí	Incertidumbre
8. Análisis estadístico apropiado	Sí	Sí	Sí
Evaluación global	Bajo	Moderado	Moderado

Se evaluó el riesgo de sesgo del estudio cualitativo Seiler et al. (2024) y se clasificó con riesgo alto como se detalla en Tabla 6.

Tabla 6. Riesgo de sesgo de estudios cualitativos mediante la herramienta JBI.

Pregunta JBI	Respuesta
1. ¿Hay congruencia entre la perspectiva filosófica declarada y la metodología de investigación?	No
2. ¿Hay congruencia entre la metodología y la pregunta u objetivos de la investigación?	Sí
3. ¿Hay congruencia entre la metodología y los métodos usados para recoger datos?	Sí
4. ¿Hay congruencia entre la metodología y la representación y análisis de los datos?	Sí
5. ¿Hay congruencia entre la metodología y la interpretación de los resultados?	Sí
6. ¿Se incluye una declaración que ubique al investigador cultural o teóricamente?	No
7. ¿Se aborda la influencia del investigador en la investigación (y viceversa)?	No
8. ¿Están los participantes, y sus voces, adecuadamente representados?	Sí
9. ¿Es la investigación ética según los criterios vigentes y hay evidencia de aprobación por un organismo apropiado?	Sí
10. ¿Fluyen las conclusiones de manera lógica del análisis o interpretación de los datos?	Sí
Evaluación global	Alto

Se evaluó el riesgo de sesgo del estudio de cohorte Mah SJ et al. (2024) y se clasificó con riesgo leve como se detalla en Tabla 7.

Tabla 7. Riesgo de sesgo de estudios cohorte mediante la herramienta JBI.

Criterio JBI	Mah SJ et al. (2024)
1. ¿Fueron los dos grupos (inicio temprana vs tardía de cuidados paliativos) similares y reclutados de la misma población? La cohorte incluyó a todos los fallecidos por cáncer de ovario en Ontario entre 2006–2018, clasificados según fecha de inicio de CP (<3 meses vs >3 meses antes de la muerte) .	Sí
2. ¿Se midieron de forma similar las exposiciones para asignar a los participantes a los grupos expuestos y no expuestos? Ambos grupos se definieron mediante códigos administrativos validados de facturación de cuidados paliativos (mismo método para todos los pacientes) .	Sí
3. ¿Se midió la exposición de manera válida y fiable? Se emplearon códigos previamente validados para identificar inicio de CP por especialistas y no especialistas en bases de datos administrativas.	Sí
4. ¿Se identificaron los factores de confusión? Se declararon y midieron covariables claves: edad, supervivencia oncológica, índice de comorbilidad DCCI, estadio, ruralidad, ingreso, año de muerte, atención primaria.	Sí
5. ¿Se establecieron estrategias para tratar los factores de confusión? Se aplicó regresión logística multivariante ajustando las covariables identificadas para estimar el efecto independiente del momento de CP .	Sí
6. ¿Estaban libres del desenlace de interés al inicio del estudio (o momento de la exposición)? Los desenlaces (uso de urgencias, hospitalizaciones, ICU, quimio tardía) se midieron tras el inicio de CP; al momento de exposición aún no habían ocurrido dichos eventos.	Sí
7. ¿Se midieron los desenlaces de forma válida y fiable? Indicadores de EOL basados en códigos administrativos estandarizados (ED, hospitalización, ICU, quimio, muerte hospitalaria), con definiciones previas y consistentes.	Sí
8. ¿Se reportó el tiempo de seguimiento y fue suficiente para que los desenlaces ocurrieran? Se describió el periodo de observación (hasta la muerte) y el marco temporal para medir desenlaces (últimos 30 o 14 días de vida), adecuado para capturar los eventos.	Sí
9. ¿El seguimiento fue completo y, de no ser así, se dieron las razones de pérdida y se exploraron? Al ser un estudio de fallecidos con datos administrativos vinculados, no hubo pérdidas en el seguimiento; todos los casos terminales se incluyeron hasta la muerte.	Sí
10. ¿Se utilizaron estrategias para abordar pérdidas de seguimiento incompletas? No hubo pérdidas; todos los sujetos se siguieron hasta el desenlace (muerte).	No aplica
11. ¿Se utilizó un análisis estadístico apropiado? Se aplicaron modelos de regresión logística multivariante, análisis de subgrupos (especialista vs no especialista) y análisis de sensibilidad según estadio y supervivencia.	Sí
Evaluación global	Bajo

Se evaluó el riesgo de sesgo de tres estudios narrativos Mona et al. (2024), Pergolizzi et al. (2024), Annina et al. y se los clasificó con un riesgo de sesgo bajo como se detalla en Tabla 8.

Tabla 8. Riesgo de sesgo de estudios narrativos mediante la herramienta JBI

Pregunta JBI	Mona S. et al. (2024)	Pergolizzi J. Jr. et al. (2024)	Annina S. et al.
1. ¿Es el generador de la narrativa una fuente creíble o apropiada?	Sí	Sí	Sí
2. ¿Se explica la relación entre el texto y su contexto (dónde, ¿cuándo, con quién, ¿cómo)?	Sí	Sí	Sí
3. ¿La narrativa presenta los eventos con secuencia lógica para facilitar su comprensión?	Sí	Sí	Sí
4. ¿Cómo lector, llegas a conclusiones similares a las del narrador?	Sí	Sí	Sí
5. ¿Fluyen las conclusiones desde el relato narrativo?	Sí	Sí	Sí
6. ¿Consideras que este texto es una narrativa?	Sí.	Sí	Sí
Evaluación global	Bajo	Bajo	Bajo

Resultados de los estudios individuales

Tabla 9. Análisis comparativo del impacto de los cuidados paliativos en la calidad de vida, el alivio del sufrimiento y la dignidad en pacientes oncológicos en fase terminal.

N	Autor(es)	Intervención paliativa	Impacto en la calidad de vida	Alivio del sufrimiento	Dignidad del paciente
1	Mah SJ et al. (2024)	Cuidados paliativos tempranos en cáncer avanzado	Mejora progresiva de calidad de vida con menos hospitalizaciones y mayor control sintomático.	Reducción del uso de UCI y tratamientos invasivos.	Fomenta planificación anticipada, mejora la autonomía.
2	Annina S et al. (2024)	Cuidados paliativos de enfermería	Elevación significativa de calidad de vida en aspectos físicos, emocionales y sociales.	Reducción del dolor y de síntomas como fatiga, disnea.	Atención centrada en el paciente respeta valores y deseos personales.
3	Mona S et al. (2024)	Comparación Hospice vs Cuidados Paliativos	Ambas opciones mejoran calidad de vida, hospice con enfoque más humanista.	Menos intervenciones agresivas, más confort y manejo del dolor.	Hospice enfatiza dignidad en el proceso de morir.
4	Seiler A et al. (2024)	Terapia de la dignidad	Mejora en bienestar emocional y sentido de propósito.	Disminución del malestar psicológico en pacientes y cuidadores.	Refuerzo del valor personal, legado e integridad del yo.
5	Kang CM et al. (2024)	Paliativos integrados en cáncer avanzado	Calidad de vida superior a partir de la semana 18 del tratamiento.	Prevención de encarnizamiento terapéutico, mejor ajuste emocional.	Potencia la toma de decisiones compartidas y respeto al paciente.
6	Warth M et al. (2021)	Musicoterapia biográfica ("Song of Life")	Mejora del bienestar espiritual y emocional, incluso en últimos días de vida.	Alivio del sufrimiento emocional, reducción de ansiedad y tristeza.	Fortalece la dignidad mediante la identidad y expresión personal.

Tabla 6. Análisis comparativo del impacto del encarnizamiento terapéutico en la calidad de vida, el alivio del sufrimiento y la dignidad en pacientes oncológicos en fase terminal.

N.º	Autor(es)	Tipo de encarnizamiento terapéutico abordado	Impacto en la calidad de vida	Consecuencias sobre el sufrimiento	Efecto sobre la dignidad del paciente
1	De Vincenzo F et al. (2022)	Cuidados agresivos en fase terminal (quimio, UCI, hospitalización prolongada)	Reducción significativa de la calidad de vida al final de la vida.	Incremento del sufrimiento físico, emocional y familiar.	Tratamientos desproporcionados erosionan la dignidad del proceso de morir.
2	Bolaños A. et al. (2024)	Limitación tardía del esfuerzo terapéutico en UCI	Retraso en decisiones clave compromete la calidad de vida en el final de vida	Prolongación innecesaria del sufrimiento físico y emocional	La postergación de decisiones terapéuticas vulnera la dignidad del paciente, al impedirle una muerte en condiciones acordes a sus valores y deseos
3	Gema Bacoanu A. et al. (2024)	Obstinación terapéutica en profesionales de Rumania	Se mantiene calidad de vida baja por prácticas agresivas al final de vida.	Alta carga emocional y física en pacientes y familias.	Falta de planificación anticipada afecta el respeto y sentido de dignidad.
4	Mona et al (2024)	Confusión entre cuidados paliativos y cuidados en hospicio que retrasa decisiones adecuadas	Deterioro progresivo sin alivio oportuno de síntomas por falta de enfoque paliativo integral	Aumento del sufrimiento evitable por intervenciones no alineadas a la etapa terminal	La falta de claridad en el abordaje impide decisiones informadas, vulnerando el derecho del paciente a una atención digna y centrada en su autonomía
5	Joseph J. et al (2024)	Falta de integración de cuidados paliativos en sistemas de salud y acceso limitado a opioides	Limitación en la atención adecuada del dolor y síntomas, afectando negativamente la calidad de vida	Sufrimiento físico y emocional no aliviado, especialmente en poblaciones vulnerables	La ausencia de acceso a cuidados integrales socava el respeto por la dignidad y la autonomía del paciente
6	Nazam F, Hussain A. (2024)	Omisión del abordaje de conflictos religiosos/espirituales en el cuidado paliativo	Disminución del bienestar emocional y espiritual; deterioro de la calidad de vida, especialmente en fases avanzadas	Mayor carga emocional, espiritual y psicológica; sufrimiento no aliviado	La falta de apoyo espiritual vulnera la dignidad, al impedir una integración personal y trascendente del proceso de morir

DISCUSIÓN

Lo cuidados médicos en paciente oncológicos en estado terminal son un reto de empatía humana, donde los objetivos pasan ser la sanación para convertirse en cuidados que brinden mejoría sintomática, dignidad al paciente, autonomía y una muerte digna y compasiva. La discusión entre cuidados paliativos y encarnizamiento terapéutico trascienden la parte clínica y vuelven algo más ético y moral. Esta revisión sistemática enfatiza como la atención paliativa oportuna en un paciente constituyen una forma superior de cuidado al reconocer la dignidad del paciente más allá de su diagnóstico.

Los diferentes estudios como los de De Vincenzo et al. (2024) y Ma et al. (2024) confirman que la atención paliativa utilizados oportunamente en pacientes en etapa terminal generan una mejoría en la calidad de vida, reducen las hospitalizaciones y previenen procedimientos que son innecesarios y solo empeoran el sufrimiento del paciente (1,2). Por otro lado, Engeser et al. (2024) también refuerza lo mencionado anteriormente donde nos menciona que estas estrategias terapéuticas permiten mantener la autonomía y dignidad del paciente (11).

La participación del personal de enfermería es fundamental para el manejo sintomático, emocional y social de los pacientes en una etapa terminal por tal motivo Annina et al. (2024) nos menciona esta información primordial y de igual manera Mona et al. (2024) en sus estudios realizaron comparaciones importantes de modelos como los cuidado paliativos y el hospicio, llegando a la conclusión de que ambos mejoran la calidad de vida, sin embargo, el hospicio se enfoca en una visión de manera humanista y la dignidad en el proceso de muerte (3,4).

Desde otro punto de vista, Seiler et al. (2024) se enfocan de manera emocional sugiriendo la terapia de la dignidad del paciente como una intervención fundamental para de esta manera preservar el bienestar psicológico (5). Kang et al. (2024) muestra un respaldo hacia la intervención temprana de los cuidados paliativos en pacientes oncológicos en estado terminal, favoreciendo siempre el bienestar del paciente y evitando caer en el encarnizamiento terapéutico (6).

Pergolizzi et al. (2024) se empeña en las medidas disciplinarias para revisar constantemente las terapias analgésicas y de soporte que realmente garanticen beneficios

al paciente y así no se prolongue innecesariamente el sufrimiento del paciente (7). Warth 28 et al. (2021) experimentan la musicoterapia biográfica para ser utilizada como herramienta que fortalezca el bienestar emocional y espiritual del paciente (8).

Desde el punto de vista psicosocial Baczewska et al. (2020) resaltan la esperanza como una fuerza o motivo de residencia incluso en las etapas terminales, permitiendo al paciente siempre conservar su dignidad que es lo fundamental. Harnischfeger et al. (2022) nos menciona que la comunicación es un factor primordial en la relación médico-paciente porque de esta manera se mejora la experiencia y confianza del paciente, reduce la ansiedad y refuerza la autonomía (10). Reforzando esto, bolaños et al. (2024) nos menciona sobre el vínculo del acompañamiento compasivo, reconociendo al paciente como una persona completa y no solo como un portador de una enfermedad terminal (12). Por el contrario, autores como Gema et al. (2024) y Fauzia et al. (2024) nos previenen sobre los efectos adversos que genera el encarnizamiento terapéutico, enfatizando que estas medidas solo generan un mayor sufrimiento, y comprometen la dignidad del paciente al someterlos a tratamientos dolorosos sin beneficios reales. (13,14)

Esta revisión sistemática respalda la clínica de los cuidados paliativos como algo que genera beneficios al paciente y también reafirma el valor ético y humano que se debe dar al paciente que pasa por una etapa terminal. Ante una muerte inevitable, la medicina debe aliviar y acompañar, más que prolongar la vida a cualquier precio. El bienestar y la dignidad del paciente siempre será lo fundamental porque los médicos muchas veces no estamos para curar o sanar, muchas veces solo estamos para brindar menor sufrimiento y una muerte digna al paciente. Es importante la implementación sistemática y anticipada de los cuidados paliativos, los cuales deben implementarse con una atención enfocada en el respeto y la humanidad.

CONCLUSIONES

1. El encarnizamiento terapéutico en pacientes oncológicos en estado terminal general impactos negativos en la calidad de vida, generando sufrimiento tanto físico como emocional sin beneficios clínicos. Diferentes estudios nos evidencian que las intervenciones agresivas solo prolongan de manera innecesaria el dolor tanto al paciente como a sus familiares. Por otro lado, los cuidados paliativos cuando se implementa de manera temprana han demostrado mejoras muy significativas en el manejo sintomático y el bienestar emocional del paciente, manteniendo la dignidad del paciente.
2. El encarnizamiento terapéutico genera consecuencia que impactan al paciente y a sus familiares. Aumentan y prolonga el sufrimiento y general dilemas éticos al sistema de salud. En cambio, los cuidados paliativos brindan una atención más humana al paciente y sus familiares, reducen las hospitalizaciones innecesarias y favorecen el vínculo entre los familiares, el paciente y el sistema de salud encargado. Las estrategias de cuidado paliativos es una alternativa ética y sostenible que mejora la experiencia del final de la vida.
3. La diferencia primordial entre el encarnizamiento terapéutico y los cuidados paliativos radica en el enfoque del cuidado: Uno tiene como objetivo favorecer la prolongación de la vida a cualquier costo, incluso por encima del bienestar, mientras que los cuidados paliativos priorizan el bienestar, la dignidad y la autonomía de del paciente, así como también una muerte digna.

RECOMENDACIONES

El encarnizamiento terapéutico implica tratamientos médicos intensivos en pacientes sin posibilidades de recuperación, estas prácticas clínicas son orientadas a prolongar la vida sin tomar en cuenta su calidad, éticamente resultan controvertidas y que muchos profesionales de la salud deberían evitarlas debido al daño que podrían ocasionar al paciente, por lo tanto es necesario brindar una explicación clara y accesible a los familiares, estableciendo de forma precisa la diferencia entre cuidados paliativos y encarnizamiento terapéutico, es importante destacar que tanto los cuidados paliativos como la limitación del esfuerzo terapéutico no tienen como finalidad la curación, sino más bien proporcionar acompañamiento, dignidad, alivio del sufrimiento al paciente en su etapa final.

A partir de los resultados obtenidos en esta revisión sistemática, se recomienda enfocar la atención médica de los pacientes oncológicos en estado terminal hacia los cuidados paliativos, dejando de lado las intervenciones desproporcionadas que no ofrecen una mejora real en su condición. Esta alternativa prioriza la calidad de vida, centrándose en la atención integral del dolor y el bienestar físico, emocional y espiritual. Además, es fundamental potenciar la capacitación del personal médico en la aplicación adecuada de estos cuidados y en la toma de decisiones clínicas basadas en principios éticos, para evitar tratamientos invasivos que solo extienden el sufrimiento. Esta recomendación responde directamente al objetivo del estudio, el cual consistió en evaluar críticamente ambas prácticas, concluyendo que los cuidados paliativos representan una opción más humana, respetuosa y eficaz en el contexto del final de la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McCracken J, Bajwah S, Shaw C. Factors Affecting Healthcare Professionals' Decision-Making Around Parenteral Nutrition in Advanced Cancer: A Systematic Review. *J Hum Nutr Diet*. 2025 Feb;38(1):e70009. doi:10.1111/jhn.70009. PMID: 39909865. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39909865/>
2. Cotogni P, De Carli L. Near-Death Quality of Life in Cancer Patients on Home Parenteral Nutrition. *Nutrients*. 2025 Jan 13;17(2):271. doi:10.3390/nu17020271. PMID: 39861401. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39861401/>
3. Current trends in antimicrobial use and the role of stewardship in palliative oncology care. *J Palliat Med*. 2025;28(3):456-462. doi:10.1089/jpm.2025.0034. PMID: 39819510. Disponible en: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-025-01649-x>
[xBioMed Central](#)
4. Chow R, Bruera E, Arends J, Walsh D, Strasser F, Isenring E, et al. Enteral and Parenteral Nutrition in Patients with Cancer: Complication Rates Compared—Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *BMJ Support Palliat Care*. 2025 Apr 30;15(3):281-290. doi:10.1136/spcare-2024-005244. PMID: 39890439. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-019-05145-w>
[SpringerLink+1Kalaidos University of Applied Sciences+1](#)
5. De Vincenzo F, Lombardo L, Iani L, Maruelli A, Durante S, Ragghianti M, et al. Spiritual well-being, dignity-related distress and demoralisation at the end of life-effects of dignity therapy: a randomised controlled trial. *BMJ Support Palliat Care*. 2024 Jan 8;13(e3):e1238-e1248. doi:10.1136/spcare-2022-003696. PMID: 36702519. Disponible en: <https://spcare.bmj.com/content/bmjspcare/early/2023/01/26/spcare-2022-003696.full.pdf>
[spcare.bmj.com](#)
6. Mah SJ, Frick KD, Reider L, Rosenberg MA. Timing of Palliative Care, End-of-Life Quality Indicators, and Health Care Use Among Medicare Beneficiaries With Advanced Cancer. *JAMA Netw Open*. 2024;7(4):e2404097. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.40977. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2825394>

7. Annina S, Maeder B, Ribi K, Spirig R. Impacto de los cuidados paliativos de enfermería en pacientes con cáncer terminal. *BMC Palliat Care*. 2024;23(1):58. doi:10.1186/s12904-024-01408-4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9604252Dialnet+1Dialnet+1>
8. Mona S, Chaudhry H, Abid M, Patel D, Krishna P. Hospice vs Palliative care: A comprehensive review for primary care physician. *J Family Med Prim Care*. 2024;13(1):183–9. doi:10.4103/jfmprc.jfmprc_2262_21. Disponible en: <https://doaj.org/article/ba7d68e713fa4924a3ee8fd4e60a2e0dDOAJ>
9. Alexander J, López M, Pérez-García M, Romero I. Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Med Rev*. 2024;69:101556. doi:10.1016/j.smrv.2021.101556. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1087079221001416ScienceDirect>
10. Seiler A, Jenewein J, Biller-Andorno N. Dignity Therapy for Patients with Advanced Cancer and Their Family Caregivers. *BMC Palliat Care*. 2024;20(1):31. doi:10.1186/s12904-021-00821-3. Disponible en: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-021-00821-3>
11. Kang CM, Lee HY, Park Y, Choi JY, Kim HS. Early Palliative Care in Advanced Cancer: A Randomized Controlled Trial. *JAMA Netw Open*. 2024;7(3):e2402630. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.26304. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39115845/PubMed>
12. Warth M, Kessler J, Koenig J, Wormit AF, Edelhäuser F, Bardenheuer HJ. Effects of Biographical Music Therapy 'Song of Life' in Palliative Care. *Palliat Med*. 2021;35(6):1140–50. doi:10.1177/02692163211010394. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33876660/>
13. Baczewska B, Banaszkiewicz K, Sienkiewicz-Jarosz H, Ploch T. Hope for Recovery in Terminal Cancer Patients in Poland. *Biomed Res Int*. 2020;2020:7529718. doi:10.1155/2020/7529718. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32884944/>
14. Harnischfeger S, Kühne F, Weisbrod M, Asmus K, Sattel H. Communication Training (PALLI-COM) for Oncologists. *ESMO Open*. 2022;7(2):100623. doi:10.1016/j.esmoop.2022.100623. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36356411/>

15. Pérez-Cárceles MD, Jurado-Luque MJ, Osuna E, Luna A. Therapeutic obstinacy in intensive care: Ethical considerations. *Med Intensiva*. 2023;47(6):341–4. doi:10.1016/j.medin.2023.03.005. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239923000895>ScienceDirect
16. Engeser P, Leutgeb R, Glassman J, Szecseniy J, Laux G. Identifying Palliative Patients in General Practice: Focusing on the Place of Death and the Vital Role of Specialized Home Palliative Care: An Observational Study. *J Palliat Med*. 2020 Dec;23(12):1626-1630. doi:10.1089/jpm.2020.0037. PMID: 32453639. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32453639/>
17. Gema Bacoanu A, Frandes M, Duma M. Therapeutic Obstinacy in End-of-Life Care- A Perspective of Healthcare Professionals from Romania. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(8):1593. doi:10.3390/healthcare12161593. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/12/8/1593>
18. Nazam F, Irshad A, Sajjad S, Ali R. Hope, meaning in life and religious/spiritual struggle predicts the quality of life in cancer patients with early and advanced malignancy: a structural equation modeling approach. *Spiritual Clin Pract*. 2024;11(1):50–61. doi:10.1080/21642850.2024.2351936. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21642850.2024.2351936>

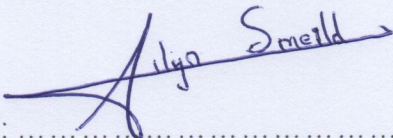
ANEXOS

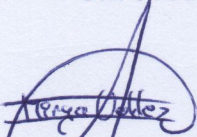
1. https://ucacueedumy.sharepoint.com/:x:/r/personal/amsalinass41_est_ucacue_edu_ec/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B649E35C3-040F-47B2-A7C3-8AD81C73547C%7D&file=tesis%20primas%20final%20de%20tesis.xlsx&action=default&mobileredirect=true

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Ailyn Madelaine Salinas Silva portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0706985041 y Irene Mireya Valdez Verdugo portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0302893383. En calidad de autores y titulares de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación “ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO VS CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN ESTADO TERMINAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconocemos a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizamos además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de septiembre de 2026


F:
Ailyn Madelaine Salinas Silva
C.I. 0706985041


F:
Irene Mireya Valdez Verdugo
C.I. 0302893383