Instrumentos de evaluación en personas al final de la vida: revisión integrativa

Assessment Instruments in Individuals at the End-of-life: An Integrative Review

Instrumentos de avaliação em pessoas no final da vida: revisão integrativa

Omar Acuña Sepúlveda
Andreina Arancibia Donoso
Javiera Báez Mendoza
Alejandro Méndez Quiroz
Juan Reyes Luna
Fernando Rojas Beltrán

Universidad Católica de la Santísima Concepción

Recibido: 13/09/2025
Aceptado: 10/03/2026

Correspondencia:
Juan Reyes Luna
jreyes@ucsc.cl

Cómo citar:
Acuña Sepúlveda O, Arancibia Donoso A, Báez Mendoza J, Méndez Quiroz A, Reyes Luna J, Rojas Beltrán F. Instrumentos de evaluación en personas al final de la vida: revisión integrativa. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2026;15(1):e4825. doi: 10.22235/ech.v15i1.4825

Financiamiento:
Este estudio no recibió ninguna financiación externa ni apoyo financiero.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Resumen: Introducción: La evaluación clínica de personas en etapa terminal requiere instrumentos válidos y confiables para identificar necesidades complejas en contexto de alta vulnerabilidad. La evidencia internacional muestra heterogeneidad conceptual y metodológica en las herramientas disponibles y escasa adaptación a realidades latinoamericanas. Objetivo: Identificar, clasificar y analizar las características y propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en la atención de salud en personas al final de la vida. Metodología: Revisión integrativa conforme a criterios INTEGRA. La búsqueda se efectuó entre septiembre 2024 y mayo 2025 en PubMed, Scopus, Web of Science y EBSCO, considerando estudios publicados entre 2015-2025. La selección se realizó según PRISMA 2020 y la calidad metodológica se evaluó mediante MMAT. La síntesis se desarrolló mediante categorización temática. Resultados: Se analizaron 14 artículos que reportaron 28 instrumentos utilizados en personas al final de la vida. Predominaron herramientas orientadas a evaluar funcionalidad, estado clínico y dimensiones psicológicas. En contraste, espiritualidad, necesidades existenciales, relaciones interpersonales y planificación anticipada fueron menos representadas. La mayoría de los instrumentos presentó niveles adecuados de validez y confiabilidad, aunque con variabilidad en fundamentos teóricos, procesos de desarrollo y validación transcultural. Conclusiones: Existe amplia disponibilidad de instrumentos, pero su aplicación se limita por heterogeneidad conceptual, escasa estandarización y baja adaptación cultural. Fortalecer la evaluación integral con instrumentos validados localmente es esencial para fortalecer la calidad del cuidado al final de la vida.
Palabras clave: enfermo terminal; cuidado terminal; encuestas y cuestionarios; psicometría.

Abstract: Introduction: The clinical assessment of individuals at the terminal stage of illness requires valid and reliable instruments to identify complex needs in highly vulnerable contexts. International evidence shows conceptual and methodological heterogeneity among available tools and limited adaptation to Latin American settings. Objective: To identify, classify, and analyze the characteristics and psychometric properties of instruments used in the healthcare of people at the end of life. Methodology: An integrative review was conducted following INTEGRA criteria. The search was performed between September 2024 and May 2025 in PubMed, Scopus, Web of Science, and EBSCO, including studies published between 2015 and 2025. Study selection followed PRISMA 2020 guidelines, and methodological quality was assessed using MMAT. Data were synthesized through thematic categorization. Results: Fourteen articles were included, reporting 28 instruments applied to end-of-life populations. Tools focused primarily on functional status, clinical condition, and psychological dimensions, whereas spirituality, existential needs, interpersonal relationships, and advanced-care planning were less represented. Most instruments demonstrated acceptable validity and reliability, although variability was observed in theoretical foundations, development processes, and cross-cultural validation. Conclusions: Although a wide range of assessment instruments is available for terminal care, their practical use is limited by conceptual heterogeneity, lack of standardization, and insufficient cultural adaptation. Strengthening comprehensive assessment through locally validated instruments is essential to improve end-of-life care quality.
Keywords: terminally ill; terminal care; surveys and questionnaires; psychometrics.

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e4825
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4825

Resumo: Introdução: A avaliação clínica de pessoas em fase terminal requer instrumentos válidos e confiáveis para identificar necessidades complexas em contexto de alta vulnerabilidade. A evidência internacional demonstra heterogeneidade conceitual e metodológica nas ferramentas disponíveis e escassa adaptação às realidades latino-americanas. Objetivo: Identificar, classificar e analisar as características e propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados na atenção à saúde de pessoas no final da vida. Metodologia: Revisão integrativa conforme aos critérios INTEGRA. A busca foi realizada entre setembro de 2024 e maio de 2025 nas bases PubMed, Scopus, Web of Science e EBSCO, considerando estudos publicados entre 2015 e 2025. A seleção foi realizada seguindo as diretrizes PRISMA 2020 e a qualidade metodológica foi avaliada por meio do MMAT. A síntese foi desenvolvida mediante categorização temática. Resultados: Foram analisados 14 artigos que reportaram 28 instrumentos aplicados a pessoas no final da vida. Predominaram ferramentas orientadas a avaliar funcionalidade, estado clínico e dimensões psicológicas. Em contrapartida, espiritualidade, necessidades existenciais, relações interpessoais e planejamento antecipado foram menos representados. A maioria dos instrumentos apresentou níveis adequados de validade e confiabilidade, embora com variabilidade nos fundamentos teóricos, nos processos de desenvolvimento e na validação transcultural. Conclusões: Existe ampla disponibilidade de instrumentos, mas sua aplicação é limitada pela heterogeneidade conceitual, pela escassa padronização e pela baixa adaptação cultural. Fortalecer a avaliação integral com instrumentos validados localmente é essencial para aprimorar a qualidade do cuidado no final da vida.
Palavras-chave: doente terminal; cuidado terminal; inquéritos e questionários; psicometria.

Introducción

El aumento sostenido de personas que transitan por estadios avanzados de enfermedades crónicas y progresivas que llevan a una enfermedad terminal (ET) ha generado una creciente demanda de cuidados paliativos a nivel global. [1] La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha documentado que este fenómeno se asocia al envejecimiento de la población y al incremento de patologías crónicas avanzadas, lo que ha intensificado la necesidad de estrategias de atención al final de vida. [2] En el ámbito regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) [3] y la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) [4] han señalado importantes brechas en el acceso, cobertura y desarrollo de cuidados paliativos, especialmente en América Latina, lo que subraya la necesidad de fortalecer la planificación y evaluación de la atención en esta etapa de la vida.

En este contexto, es imprescindible distinguir entre personas que necesitan cuidados paliativos de amplio alcance y aquellas personas que se encuentran específicamente en etapa terminal. Esta última condición se entiende como una enfermedad avanzada, progresiva, incurable con escasa respuesta a tratamientos y con un pronóstico de vida limitado, generalmente semanas o meses. [5] Esta diferenciación es crucial, ya que determina prioridades clínicas, orienta decisiones éticas complejas y demanda intervenciones centradas en el confort, el acompañamiento y la calidad del final de vida.

En este escenario, los instrumentos de evaluación utilizados internacionalmente en la atención de personas al final de la vida se entienden como herramientas estructuradas, válidas y confiables, diseñadas para medir de manera sistemática dimensiones clínicas, funcionales, psicológicas, espirituales, relacionales y de calidad de vida que caracterizan la etapa terminal. [6] La bibliografía reporta que estos instrumentos son insumos centrales para la práctica clínica, gestión de servicios y la investigación, siempre que dispongan fundamentos psicométricos sólidos y cuenten con adaptaciones transculturales rigurosas para los contextos donde se aplican. [7]

No obstante, la evidencia reporta una serie de brechas relevantes, entre las que se destacan la dispersión de instrumentos, variabilidad conceptual entre regiones, diferencias transculturales en la comprensión de la fase terminal y escasa adaptación de herramientas a contextos latinoamericanos. [8, 9] Esta heterogeneidad dificulta la aplicabilidad clínica y representa una barrera adicional para los profesionales del área de la salud, quienes, debido a las demandas asistenciales, disponen de poco tiempo para buscar, seleccionar y aplicar instrumentos que permitan evaluar parámetros específicos de salud. [10]

En consecuencia, el objetivo de este estudio es identificar, clasificar y analizar las características y propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados internacionalmente en la atención de salud de personas al final de la vida, con el fin de orientar la práctica clínica y favorecer decisiones basadas en la evidencia, así como contribuir al desarrollo y selección de instrumentos culturalmente pertinentes para el cuidado de personas en etapa terminal.

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e4825
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4825

Método

Se trata de una revisión integrativa, cuyo objetivo es sintetizar investigaciones o literatura con diseños heterogéneos.[11] Para llevar a cabo esta revisión se siguieron los recientes principios de actualización metodológica para revisiones integrativas INTEGRA,[12] la cual consta de las siguientes fases: (I) idea o problema de estudio: se identificó como problema central la dispersión y variabilidad psicométrica de los instrumentos; (N) interrogante u objetivo: se formuló el objetivo de identificar, clasificar y analizar las propiedades psicométricas de dichos instrumentos; (T) táctica de búsqueda: se diseñó una estrategia estructurada con vocabulario MeSH y DeCS y términos libres, combinados con operadores booleanos, con el fin de maximizar la sensibilidad y especificidad de búsqueda; (E) ejecución de búsqueda: fue realizada por cuatro investigadores durante un período de 9 meses, en bases de datos seleccionadas y considerando los últimos 10 años; (G) grado y control de calidad de resultados: se evaluó mediante Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT),[13] para garantizar la solidez metodológica de la evidencia; (R) resultados filtrados: aplicando las directrices de la declaración PRISMA 2020,[14] los autores realizaron en forma independiente el proceso cribado por título y resumen, seguido por evaluación de texto completo; (A) análisis y discusión: los resultados fueron analizados mediante un proceso de categorización temática, lo que permitió una síntesis estructurada y coherente. La aplicación secuencial de este marco metodológico aseguró la transparencia del proceso, la coherencia lógica del análisis y la calidad de resultados obtenidos.

Para formular la pregunta de investigación se utilizó el acrónimo PIO,[15] incorporando los siguientes términos: (P) población: personas al final de vida; (I) intervención: instrumentos de evaluación utilizados en su atención clínica; (0) resultado/*outcome*: características, usos propiedades de dichas herramientas. De dicho ejercicio surgió la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los Instrumentos utilizados internacionalmente en la atención de salud en personas al final de vida, publicados entre los años 2015-2025, y cuáles son sus características, dimensiones evaluadas y propiedades psicométricas?

Para dar respuesta a la pregunta de investigación, la estrategia de búsqueda se diseñó de manera sistemática y reproducible. Se realizó la búsqueda de estudios relevantes en las bases de datos Scopus, Web of Science (WOS), PubMed y EBSCO, seleccionadas por su cobertura multidisciplinaria y relevancia en el ámbito de salud. Para la recuperación de la evidencia se empleó una combinación de términos controlados Medical Subject Headings (MeSH) y los Descriptores en Ciencias de la Salud (DEcS), combinados con términos libres y los operadores booleanos OR y AND, adaptando la sintaxis a los requerimientos específicos de cada base de datos (Tabla 1). Se aplicaron los filtros para restringir los resultados a estudios publicados entre los años 2015 y 2025, con texto completo disponible en idioma inglés o español, y realizado a población adulta. La búsqueda fue ejecutada por los autores entre septiembre de 2024 y junio 2025.

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e4825
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4825

Tabla 1

Estrategia de búsqueda en las bases de datos

Base de datos	**Estrategias de búsqueda**
PubMed	("Terminally Il"[MeSH Terms] OR "terminally ill"[tiab]) AND ("Health Status Indicators"[MeSH Terms] OR "health status indicators"[tiab] OR "health risk appraisal"[tiab]) AND ("Delivery of Health Care"[MeSH Terms] OR "Patient Care"[MeSH Terms] OR "informal care"[tiab]) AND ("Terminal Care"[MeSH Terms] OR "Hospice Care"[MeSH Terms] OR "end-of-life care"[tiab] OR "bereavement care"[tiab])
Scopus	TITLE-ABS-KEY("terminally ill" AND ("health status indicators" OR "health risk appraisal") AND ("delivery of health care" OR "patient care" OR "informal care") AND ("terminal care" OR "hospice care" OR "end-of-life care" OR "bereavement care"))
WoS	ALL=("terminally ill" AND ("health status indicators" OR "health risk appraisal") AND ("delivery of health care" OR "patient care" OR "informal care") AND ("terminal care" OR "hospice care" OR "end-of-life care" OR "bereavement care"))
EBSCO	TX("terminally ill" AND ("health status indicators" OR "health risk appraisal") AND ("delivery of health care" OR "patient care" OR "informal care") AND ("terminal care" OR "hospice care" OR "end-of-life care" OR "bereavement care"))

En esta revisión se establecieron los siguientes criterios de inclusión: artículos completos disponibles electrónicamente en inglés y español, que abordaron instrumentos de evaluación aplicados a personas adultas en etapa terminal de su enfermedad o de la vida en contexto intra o extrahospitalario, artículos con un diseño cuantitativos y mixtos. Por otro lado, se excluyeron de la revisión los artículos de atención en pacientes que no se encuentran en condición de enfermedad terminal, es decir, no cursaban etapa final de vida, artículos de revisión, literatura gris y población pediátrica.

El proceso de identificación, selección e inclusión de los estudios se representó mediante un diagrama de flujo (Figura 1) basado en las guías PRISMA 2020, [14] que permite visualizar de manera secuencial el número de registros identificados, duplicados, estudios excluidos tras lectura de título y resumen, evaluación de texto completo y la inclusión final de los artículos analizados. Los estudios fueron seleccionados por cuatro investigadores de forma independiente y simultánea, quienes evaluaron primero por título y resúmenes, y posteriormente texto completo aplicando los criterios de elegibilidad. Las discrepancias en cualquiera de sus fases se resolvieron mediante discusión, y no fue necesario acudir a un consultor para dirimirlas.

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e4825
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4825

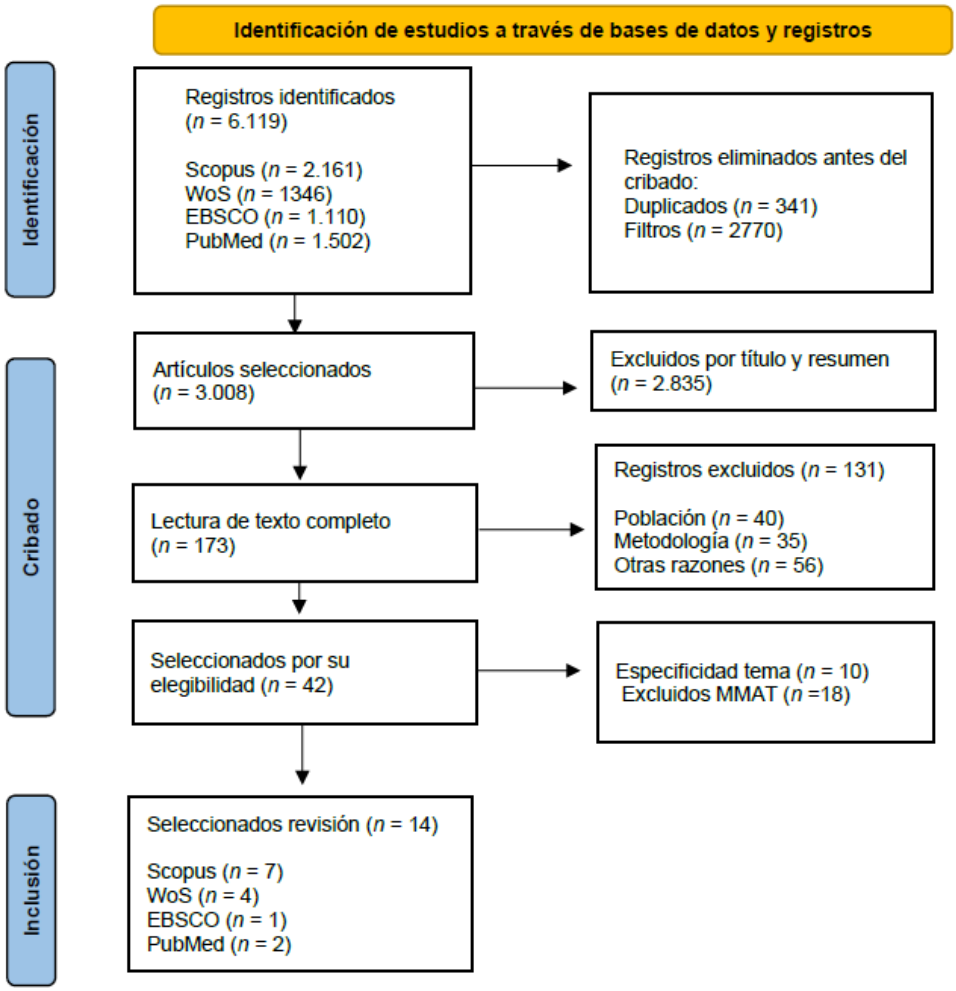

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de publicaciones. Adaptado de PRISMA 2020. [14]

Para la extracción de los datos se utilizó una adaptación del instrumento recolector sugerido por la Red de Enfermería en Salud Ocupacional Internacional (RedENSO), [16] y se recopilaron las siguientes variables: autor, título en su idioma original, año, revista/calidad, base de dato, palabras clave, lugar de estudio, objetivo del estudio, objetivos específicos, diseño, muestra e instrumentos, confiabilidad, validez, resultados del estudio, conclusiones.

La calidad metodológica de los estudios incluidos se realizó utilizando la escala MMAT. [13] Esta herramienta permitió la evaluación de estudios empíricos utilizando estudios con enfoques cualitativos, cuantitativos y mixtos. Cada estudio se evalúa con 7 ítems, 2 comunes y 5 específicos para cada uno de los diseños; cada ítem se responde con un "Sí", "No" o "No se puede determinar", y se obtiene un porcentaje de calidad determinado por el número de respuestas afirmativas. Los autores decidieron incluir en el estudio todos aquellos artículos que cumplieran sobre el 90 % de los criterios de calidad metodológica establecidos por MMAT. Para garantizar la solidez y confiabilidad del proceso MMAT, los cuatro autores encargados de la recolección y revisión evaluaron metodológicamente sus estudios, con verificación aleatoria adicional para asegurar consistencia. Las diferencias se resolvieron por consenso.

Finalmente, el análisis de los artículos seleccionados fue realizado por los cuatro investigadores, quienes participaron de manera activa y coordinada en todas las etapas del análisis, con supervisión de dos investigadores docentes. Una vez finalizada la selección se llevó a cabo un análisis temático mediante categorización, para identificar, organizar y sintetizar los instrumentos de evaluación utilizados internacionalmente en la atención de salud de personas al final de la vida. Para evitar ambigüedades conceptuales, se asumió como "persona en etapa terminal/final de vida" al individuo con

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e4825
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4825

enfermedad avanzada e irreversible, sin respuesta a tratamiento y con expectativa limitada, diferenciándose de la categoría más amplia de cuidados paliativos, que no fue el foco de este estudio.

Posteriormente, los hallazgos fueron comparados y consensuados en sesiones de trabajo conjunto, lo que permitió construir categorías temáticas finales que sustentan la presentación de los resultados. Cada dimensión se construyó agrupando instrumentos que compartían un objetivo principal de medición y un núcleo conceptual en común, acuerdo con las variables evaluadas y el propósito declarado en los estudios originales. En este sentido, la dimensión *funcionalidad, estado clínico y deterioro cognitivo* incluye instrumentos destinados a evaluar desempeño funcional, gravedad clínica y compromiso en personas a la final de la vida. La dimensión *psicología del final de vida* agrupa herramientas orientadas a medir sufrimiento emocional, ansiedad, depresión y afrontamiento ante el proceso de morir. La dimensión *calidad de vida, calidad de morir y bienestar* comprende instrumentos que evalúan en forma global la percepción subjetiva del bienestar y la experiencia del final de vida. La dimensión *relaciones interpersonales, apoyo social y vínculo terapéutico* reúne instrumentos que exploran la calidad de las relaciones significativas y el apoyo percibido. La dimensión *preferencias, decisiones anticipadas y planificación de cuidados* incluye herramientas a identificar valores, deseos y decisiones relacionadas con la atención al final de la vida. La dimensión *espiritualidad, sentido y necesidades existenciales* agrupa instrumentos orientados a evaluar trascendencia, sentido de vida y necesidades espirituales. Finalmente, la dimensión *sedación, agitación y síntomas neuropsiquiátricos* comprende instrumentos dirigidos a evaluar alteraciones conductuales propias de las fases avanzadas del proceso del morir.

Resultados

Luego de una exhaustiva revisión de la literatura, en la Tabla 2 se presentan los 14 artículos donde fueron encontrados instrumentos utilizados para la atención del paciente terminal.

Tabla 2

Características de los artículos incluidos en la revisión

N.º	Autoría	Objetivo del estudio	Contexto asistencial	País Año	Muestra	Diseño	Calidad MMAT	Revista/ Factor de impacto	Conclusiones
1	Lin HM et al. [17]	Analizar los factores asociados a la decisión de firmar una orden de no reanimación (DNR) para mejorar el uso de recursos y la calidad del proceso de fin de vida.	Hospital público en Taipéi, consulta paliativa familiar.	Taiwán 2021	2144 usuarios ≥20 años	Retro.	Alta	*Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI)* / Q1	Las consultas paliativas familiares, la puntuación TW-PCST, el tipo de sala y la duración de la hospitalización se asociaron significativamente a la firma del DNR.
2	Prigerson HG et al. [18]	Evaluar la relación entre uso de quimioterapia y calidad de vida al final de la vida, según el estado funcional del paciente.	Seis clínicas oncológicas ambulatorias.	EE. UU. 2015	312 usuarios ≥18 años	Coho. Long.	Alta	*JAMA Oncology*/ Q1	La quimioterapia no mejoró la calidad de vida.
3	Luo X et al. [19]	Explorar la eficacia de un programa combinado de cartas de demandas al final de la vida (ELDCG) y recuperación basada en *mindfulness* (MBCR) en reducir la ansiedad ante la muerte, la depresión y el estrés en pacientes con cáncer pulmonar avanzado.	Sala de oncología del hospital afiliado a la Universidad Médica de Zunyi.	China 2025	77 usuarios ≥18	ECA.	Alta	*Frontiers* / Q1	La intervención combinada de ELDCG + MBCR fue eficaz en reducir significativamente la ansiedad ante la muerte, la ansiedad, la depresión y el estrés.

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e4825
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4825

4	Bendel Y et al. [20]	Desarrollar y validar inicialmente una escala para medir expectativas sobre la comunicación sobre el final de la vida (EOLC-E).	Población general.	Alemania 2022	307 usuarios ≥18 años	Validar escala	Alta	*Omega: Journal of Death and Dying* / Q2	La escala EOLC-E demostró ser válida y confiable para evaluar expectativas en conversaciones sobre la muerte.
5	Bovero A et al. [21]	Validar la versión italiana del Sinclair Compassion Questionnaire (SCQ) y evaluar sus propiedades psicométricas en pacientes con cáncer terminal con una esperanza de vida menor a 4 meses.	Hospital y hospicio (paliativos).	Italia 2024	131 usuarios ≥18 años	Validar escala	Alta	*Palliative and Supportive Care* / Q2	La SCQit demostró ser una herramienta válida y confiable para medir la compasión percibida en pacientes con cáncer terminal.
6	Pi SH et al. [22]	Desarrollar y validar una herramienta de autoevaluación (LED-GDI) para que pacientes con cáncer terminal valoren si están acercándose a una "buena muerte".	Unidades de hospitalización de cuidados paliativos y oncológicos.	Taiwán 2024	144 usuarios ≥18 años	Mixto	Alta	*Journal of Multidisciplinary Healthcare*/ Q1	La LED-GDI es válida y confiable para evaluar desde la perspectiva del paciente si está logrando una "buena muerte".
7	Davies A et al. [23]	Analizar las características clínicas del "estertor de muerte" en pacientes con cáncer al final de la vida, utilizando datos de ensayos sobre hidratación asistida.	Cuidados paliativos en 4 centros oncológicos y 8 hospicios.	Reino Unido 2024	200 usuarios ≥55 años con cáncer	Anal.	Alta	*Supportive Care in Cancer*/Q1	El estertor de la muerte aumenta en prevalencia en las últimas horas de vida, pero no siempre se presenta al momento de la muerte. Su curso es variable.
8	Evans HE et al. [24]	Investigar cómo las tendencias de apego pueden influir en los resultados de la comunicación al final de la vida en una muestra de adultos.	Universidad de Nueva Gales del Sur.	Australia 2024	80 y 90 usuarios en ambos experimentos ≥18 años	ECA.	Alta	*Plos One* /Q1	La inducción de apego no aumentó la disposición general a hablar sobre el final de la vida.
9	Hasse HT et al. [25]	Describir cómo evoluciona la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) en pacientes con cáncer hasta el momento de su muerte.	Departamento de Oncología del Hospital Universitario de Odense.	Dinamarca 2025	256 usuarios ≥55 años	Long. Pros.	Alta	*Quality of Life Research*/Q1	Se evidenció una disminución significativa de la calidad de vida en los últimos tres meses de vida.
10	Zhou P et al. [26]	Investigar el nivel de buena muerte en pacientes con delirio, los factores que lo influyen y la correlación entre la angustia, las necesidades de cuidados paliativos y el logro de una buena muerte.	Hospital general (Zhongnan Hospital of Wuhan University).	China 2025	263 familiares de pacientes fallecidos con delirio terminal ≥60 años	Trans.	Alta	*BMC Palliative Care* /Q1	Se encontró una correlación negativa significativa entre el nivel de angustia por delirio terminal (TDDS) y la calidad de la muerte (GDI).
11	Tomas B et al. [27]	Determinar si la dexmedetomidina es superior al midazolam en mantener la reusabilidad sin agitación en pacientes en fase terminal.	Servicios de cuidados paliativos en 3 hospitales de New South Wales.	Australia 2024	52 de usuarios ≥18 años	ECA.	Alta	*JMIR Publication*/Q1	En evaluación.

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e4825
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4825

12	Peralta T et al. [28]	Analizar el patrón de prescripción en una unidad de cuidados paliativos al ingreso y el día de la muerte del usuario.	Unidad de Cuidados Paliativos Poverello, Braga.	Portugal 2022	115 usuarios ≥18 años	Anal. Long. Obs.	Alta	*BMC Paliative Care*/Q1	Se observó una reducción de medicamentos para comorbilidades y un aumento en los fármacos para control de síntomas.
13	Niemeyer MJS et al. [29]	Investigar la tasa de retiro de tratamiento de soporte vital (WLST) y comparar los resultados clínicos en pacientes con traumatismo craneoencefálico aislado en dos centros de trauma de nivel I.	Dos centros de trauma de nivel I (UMC Utrecht y UMC Rotterdam), Países Bajos.	Holanda 2024	596 usuarios ≥18 años	Coho. Retros.	Alta	*European Journal of Trauma and Emergency Surgery* /Q1	Demostró una tasa alta de WLST en paciente es con TEC. Las diferencias entre ambos centros fueron mínimas en cuanto a resultados clínicos.
14	Joung JH et al. [30]	Investigar los efectos de la ansiedad por la muerte y el apoyo social en las preferencias de atención cerca del final de la vida en adultos mayores que se hospedan en hospitales de cuidados a largo plazo.	Hospitales de cuidados de larga duración en Daegu.	Corea del Sur 2024	155 adultos mayor	Transv.	Alta	*Journal of Korean Gerontological Nursing*/ Q4	La ansiedad, apoyo social, experiencia en cuidados intensivos y la gravedad de la enfermedad influyeron significativamente en las preferencias de cuidados terminales.

Nota. Cuant: cuantitativo; ECA: ensayo clínico aleatorizado; cuasi: cuasiexperimental; coho: cohorte; prosp: prospectivo; long: longitudinal; transv: transversal; retros: retrospectivo; obs.: observacional; anal: analítico; long: longitudinal.

La revisión incluyó un total de 14 artículos, [17-30] publicados entre 2015 y 2025, provenientes de diez países, focalizados en cuidado en pacientes en etapa terminal. El predominio de las investigaciones fue desarrollado en Asia, principalmente China, Taiwán y Japón, que en conjunto representaron el 46 % del total. Se observó que el 66 % de los artículos fueron publicados en los años 2024-2025, lo que refleja una base bibliográfica altamente actualizada y coherente con las tendencias contemporáneas en cuidados al final de la vida.

Se advierte que la mayoría de las evaluaciones y decisiones clínicas con pacientes en etapa terminal se realizaron en entornos hospitalarios (66 %), seguidos de hospicios (20 %) y hogares de cuidados residencial (6.7 %). En cuanto a los diseños metodológicos, predominaron los estudios observacionales y analíticos (53 %), seguidos de ensayos clínicos y estudios de validación de instrumentos (40 %), mientras que 6.7% correspondió a estudios mixtos. En relación con el tamaño de la muestra, el 46 % de los estudios incluyó entre 101-300 participantes, el 33 % evaluó poblaciones iguales o inferiores a 100 personas, y un 20 % superó los 300 participantes. Es relevante destacar que la mayoría de los artículos fueron publicados en revistas ubicadas en Q1 (73 %), seguidas de un 20 % en Q2 y solo un 6.7 % en Q4. La totalidad de los artículos tiene calidad metodológica alta, según instrumento MMAT. Finalmente, la población estudiada correspondió mayoritariamente a adultos en etapa terminal, con un 20 % de estudios centrados en adultos mayores, consistente con la epidemiologia del final de vida.

En relación con el cumplimiento de los objetivos, se encontraron 28 instrumentos utilizados en la atención en salud del paciente en etapa terminal, los cuales son detallados según sus características en la Tabla 3.

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e4825
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4825

Tabla 3

Instrumentos utilizados internacionalmente en la atención en salud del paciente en etapa terminal

N.°	Nombre de instrumento Sigla	Tipo de medición	Dimensión que evalúa	Subdimensiones del instrumento	Uso	Respuesta	Tiempo aplicación	Idioma original
1	Ansiedad por la muerte DADDS-G	Auto. Entrevista	Ansiedad relacionada con la muerte y el proceso de morir.	Miedo existencial. Temor al proceso de morir. Preocupación por el futuro.	CDHI	Likert	5 a 10 minutos	Inglés
2	Canadian Health Care Evaluation Project Lite Questionnaire CANHELP Lite	Auto. Entrevista	Satisfacción con el cuidado en el final de la vida.	Calidad de atención. Bienestar emocional. Relaciones. Toma de decisiones.	CHI	Likert	10-15 minutos	Inglés
3	Cuestionario de Calidad de Vida de la Org. Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer EORTC-QL Q-C30	Auto. Entrevista	Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer.	Funciones físicas, emocionales, sociales, cognitivas. Síntomas.	CDHI	Likert + ítems dicotómicos	10-15 minutos	Inglés
4	Cuestionario de Compasión de Sinclair SCQit	Auto. Entrevista	Compasión percibida.	Atención. Presencia. Comprensión. Autenticidad.	CHI	Likert	5-10 minutos	Inglés
5	Cuestionario de Necesidades espirituales SNQ	Auto. Entrevista	Necesidades espirituales.	Paz interior. Conexión. Perdón. Trascendencia.	CDHI	Likert	10-20 minutos	Alemán
6	Depression Anxiety Stress Scales - 21 ítems DASS-21	Auto Entrevista	Depresión, ansiedad y estrés durante la última semana.	Depresión. Ansiedad. Estrés.	CDHI	Likert	5-10 minutos	Inglés
7	Eastern Cooperative Oncology Group ECOG	E. prof.	Estado funcional en pacientes con cáncer.	Nivel de funcionalidad. Actividad física.	CHI	Ordinal	< 2 minutos	Inglés
8	Escala de Agitación-Sedación de Richmond RASS- PAL	E. prof.	Nivel de agitación o sedación (versión adaptada para cuidados paliativos).	Nivel de conciencia. Agitación. Sedación.	CHI	Ordinal	1-2 minutos	Inglés
9	Escala de agitación y sedación de Richmond modificada m-RASS	E. prof.	Nivel de agitación o sedación (versión modificada).	Nivel de conciencia. Agitación. Sedación.	CHI	Ordinal	1-2 minutos	Inglés
10	Escala de Angustia Relacionada con el Delirio Terminal TTDS	E. prof.	Angustia asociada al delirio terminal.	Miedo. Desesperación. Confusión. Aislamiento.	CHI	Likert	5-10 minutos	Inglés
11	Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer T-DAS	Auto. Entrevista	Ansiedad ante la muerte.	Temor. Evitación.	CDHI	Likert	5-10 minutos	Inglés

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e4825
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4825

12	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS	Auto. Entrevista	Ansiedad y depresión en contexto hospitalario.	Ansiedad. Depresión.	CDHI	Likert	5-10 minutos	Inglés
13	Escala de Apoyo Social MOS-SSS	Auto. Entrevista	Nivel de apoyo social recibido.	Apoyo emocional, instrumental, informativo, social.	CDHI	Likert	5-10 minutos	Inglés
14	Escala Conversaciones al Final de Vida EOLC-E	Auto. Entrevista	Expectativas sobre fin de vida.	Deseos. Expectativas. Discusiones.	CDHI	Likert	5-10 minutos	Inglés
15	Escala de Estrés Percibido CPSS	Auto. Entrevista	Nivel de estrés percibido.	Incontrolabilidad. Sobrecarga. Imprevisibilidad de eventos.	CDHI	Likert	5-10 minutos	Inglés
16	Escala de Experiencia en Relaciones Cercanas ECR-R	Auto. Entrevista	Calidad de relaciones cercanas.	Ansiedad por el abandono. Evitación del apego.	CHI	Likert	10-15 minutos	Inglés
17	Escala de Preferencias de Cuidados al Final de la Vida PCEOL	Auto. Entrevista	Preferencias personales sobre cuidados de fin de vida.	Deseos de tratamiento. Lugar de fallecimiento. Medidas invasivas.	CDHI	Likert	5-10 minutos	Inglés
18	Escala de Rendimiento Paliativo PPS	E. prof.	Estado funcional en cuidados paliativos.	Estado funcional. Nivel de actividad. Autocuidado. Ingesta. Conciencia.	CDHI	Ordinal	5 minutos	Inglés
19	Evaluación de la calidad de vida EQ-5D-5 L	Auto. Entrevista	Calidad de vida relacionada con salud.	Movilidad. Dolor. Malestar. Autocuidado. Actividades diarias. Ansiedad. Depresión.	CDHI	Dicotómica + Likert	5 minutos	Inglés
20	Glasgow Coma Scale GCS	E. prof.	Nivel de conciencia tras trauma o daño cerebral.	Apertura ocular. Respuesta verbal. Respuesta motora.	CHI	Ordinal	< 2 minutos	Inglés
21	Herramienta de Cribado de Cuidados Paliativos TW-PCST	E. prof. Hetero.	Detección de necesidad de recibir cuidados paliativos.	Necesidad de cuidados paliativos. Estado funcional. Síntomas.	CHI	Dicotómica	2-5 minutos	Chino
22	Índice LED de Buena Muerte LED-GDI	Auto. Entrevista	Calidad y dignidad en el morir.	Calidad del morir. Dignidad. Control. Sufrimiento.	CDHI	Likert	5-10 minutos	Japonés
23	Escala memorial de evaluación del delirio MDAS	E. prof.	Evaluación del delirio.	Gravedad del delirium. Cognición. Atención. Comportamiento.	CHI	Likert	5-10 minutos	Inglés

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e4825
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4825

24	Mini-Escala Mental MMSE	E. prof. Hetero.	Evaluación del estado cognitivo.	Orientación. Memoria. Atención. Cálculo. Lenguaje. Praxis.	CDHI	Ordinal	10-15 minutos	Inglés
25	Necesidad de planificación anticipada de la atención ACP-Screening	Auto. Entrevista	Necesidad de planificación anticipada en cuidados.	Identificación de necesidad para planificar cuidados anticipados.	CDHI	Dicotómica / Likert	5 minutos	Inglés
26	Quality of Death and Dying Scale QOD	Auto. Entrevista	Calidad del proceso de morir.	Calidad de morir. Dolor. Dignidad. Apoyo.	CDHI	Likert	5-10 minutos	Inglés
27	Revised Trauma Score RTS	E. prof.	Evaluación rápida del estado de trauma.	Nivel de conciencia. Presión arterial. Frecuencia respiratoria.	CDHI	Ordinal / numérico	2-5 minutos	Inglés
28	Care Evaluation Scale-Short Form CES	Hetero.	Calidad de atención al final de la vida (versión china).	Atención física por parte de los médicos, las enfermeras, atención psicoexistencial, explicaciones del médico al paciente, a la familia, entorno, coste, consideración de la salud familiar, disponibilidad, coordinación y coherencia.	CDHI	Likert	10-15 min	Inglés

Nota. E. prof: evaluación profesional; CDHI: clínico, domiciliario, hospitalario, investigación; CHI: clínico, hospitalario, investigación; hetero.: heteroaplicada; auto.: autoaplicada.

En cuanto a las características generales de los instrumentos, se observó una diversidad en la modalidad de aplicación. Aproximadamente el 67.8 % de los instrumentos son de tipo autoaplicado o administrados mediante entrevista, reflejando una tendencia a medir percepciones, síntomas y experiencias directamente del paciente terminal. Un 31 % requiere evaluación y observación profesional.

En relación con el tipo de medición, predominaron las escalas tipo Likert (71.4 %), en menor proporción formatos dicotómicos (3.6 %), lo que evidencia una preferencia por herramientas sensibles a matices, experiencias y sintomatología terminal. En relación con las dimensiones evaluadas, destacaron constructos psicológicos y emocionales, con un 35.7 % de instrumentos orientados a medir ansiedad ante la muerte, estrés, depresión y actitudes frente a la muerte, mientras que 25 % se centró en la calidad de vida y muerte, el 21 % estuvo dirigido a valorar funcionalidad o estado cognitivo, y solo el 17 % de los instrumentos abordó dimensiones relacionales y espirituales. En cuanto al tiempo de aplicación, el 75 % requiere entre 5-10 minutos, lo que muestra la necesidad de instrumentos breves y clínicamente factibles. Finalmente, en el análisis del idioma original, claramente hubo un predominio del idioma inglés, evidenciando un desarrollo teórico en contextos anglosajones y europeos.

En la Tabla 4 se presenta la clasificación de los 28 instrumentos analizados, según las categorías temáticas que fueron construidas tras el análisis de los artículos seleccionados.

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e4825
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4825

Tabla 4

Instrumentos clasificados según categorías temáticas

Categoría temática	**Instrumentos incluidos**
Funcionalidad, estado clínico y deterioro cognitivo (instrumentos que evalúan función, deterioro físico/cognitivo, gravedad clínica).	ECOG / PPS / GCS / RTS / TW-PCST / MDAS / MMSE
Psicología del final de la vida (evalúan emociones negativas, procesos afectivos, afrontamiento o percepciones ante final de vida).	DADDS-G / DASS 21 / T- DAS / HADS / CPSS / TTDS
Calidad de vida, calidad de morir y bienestar (evalúan percepción global de la vida o del proceso de morir).	EORTC-QLQ-C30 / EQ-5D-5L / LED-GDI / QOD /CES
Relaciones interpersonales, apoyo social y vínculo terapéutico (evalúan calidad de relaciones, apoyo o vínculos relevante al final de la vida).	MOSS-SSS / ECR-R / CANHELP Lite
Preferencias, decisiones anticipadas y planificación de cuidados (evalúan preferencias, valores y decisiones anticipadas).	PCEOL / EOLC -E / ACP - Screening
Espiritualidad, sentido y necesidades existenciales (evalúan compasión, espiritualidad y necesidades existenciales).	SNQ / SCQit
Sedación, agitación y síntomas neuropsiquiátricos (evalúan estado sedación y respuesta neuroconductual).	RASS-PAL / m-RASS

En la Tabla 4 se puede advertir una distribución heterogénea pero coherente con los dominios conceptuales más relevantes del final de la vida. La dimensión más representada fue *funcionalidad, estado clínico y deterioro cognitivo*, con un 25 % del total, lo que evidencia que la evaluación del deterioro funcional y cognitivo continúa siendo prioritaria para la toma decisiones clínicas en el final de la vida. En segundo lugar, la dimensión *psicología del final de vida* reunió el 21 % de los instrumentos, lo que evidencia la creciente relevancia atribuida a los componentes emocionales como estrés, ansiedad, etc. En tercer lugar, la dimensión *calidad de vida, calidad del morir y bienestar* reunió el 17 % de los instrumentos, lo cual confirma la importancia de medir la experiencia subjetiva del paciente. Por su parte, las dimensiones *relaciones interpersonales, apoyo social y vínculo terapéutico* y *preferencias, decisiones anticipadas y planificación de cuidados* agruparon cada una un 10 % de los instrumentos. Finalmente, las dimensiones menos representadas fueron las de *espiritualidad, sentido y necesidades existenciales* y la de *sedación, agitación y síntomas neuropsiquiátricos* con un 7% cada una, a pesar de que ambas constituyen componentes críticos de una atención integral terminal.

En la Tabla 5 se presentan los instrumentos recogidos en esta revisión bibliográfica según sus propiedades psicométricas, principalmente la confiabilidad y validez.

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e4825
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4825

Tabla 5

Propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en la atención en salud en etapa terminal

Categoría	Instrumentos	Autor	Confiabilidad	Validez
Psicología del final de la vida	DADDS-G	Vehling S et al.	Alfa de Cronbach: 0.89; Test-retest: 0.84.	Co. Const. Crit.
	DASS 21	Lovibond SH et al.	Test-retest >0.80	Co. Const. Crit.
	T-DAS	Templer D	Alfa de Cronbach 0,80-0,90; Test-retest 0.75-0.85	Co. Const.
	HADS	Zigmond AS et al.	Alfa de Cronbach 0.80-0.90; Test-retest 0.70-0.85	Co. Const. Crit.
	CPSS	Foa EB et al.	Alfa de Cronbach 0.89; Test-retest >0.80	Const.
	TTDS	Templer D	No reporta	Co. Const.
	DAS	Templer D	Alfa de Cronbach 0.83; Test-retest 0.76	Const.
Funcionalidad, estado clínico y deterioro cognitivo	ECOG	Oken MM et al.	Kappa de Cohen 0.70-0.90	Co. Const.
	PPS	Anderson F et al.	Kappa de Cohen 0.66–0.96; Test-retest: >0.80	Co. Const. Crit.
	GCS	Jennett B & Bond M	Kappa: 0.75–0.90	Co. Const. Crit.
	RTS	Champion H et al.	Kappa: > 0.80	Co. Const. Crit.
	TW-PCST	Huang CM et al.	Alfa de Cronbach 0.82; Test-retest 0.79–0.91; Kappa > 0.80	Co. Const. Crit.
	MDAS	Breitbart W et al.	Alfa de Cronbach: 0.91; Test-retest: > 0.80; Kappa 0.76–0.91	Co. Const. Crit.
	MMSE	Marshal FF et al.	Alfa de Cronbach 0.70-0.95; Test-retest >0.80	Co. Const. Crit.
Calidad de vida, calidad de morir y bienestar	EORT-QLQ	European Organization for Research and Treatment of Cancer	Alfa de Cronbach: entre 0.70 y 0.90; Test-retest >0.80	Co. Const. Crit.
	EQ-5D-5L	Herdman M et al.	Test-retest 0.70-0.90	Const.
	LED-GDI	Miyashita M et al.	Alfa de Cronbach: 0.81–0.94; Test-retest: 0.83	Co. Const. Crit.
	QOD	Robin K et al.	Alfa de Cronbach 0.80- 0.90; Test-retest 0.70-0.85	Co.
	CES	Morita T et al.	Alfa de Cronbach 0.98; Test-retest 0.57	Const.
Relaciones interpersonales, apoyo social y vinculo terapéutico	MOS-SSS	Sherbourne CD et al.	Alfa de Cronbach > 0.91	Const.
	ECR-R	Fraley RC et al.	Test-retest 0.86 a 0.91	Co. Const. Crit.
	CANHELP Lite	Heyland DK et al.	Alfa de Cronbach 0.88-0.96. Test-retest >0.80	Co. Const. Crit.

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e4825
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4825

Preferencias, decisiones, anticipadas y planificación de cuidados	PCEOL	Curtis JR et al.	Alfa de Cronbach: 0.86	Co. Const. Crit.
	EOLC-E	Bendel Y et al.	Alfa de Cronbach 0.96	Co. Const. Crit.
	ACP-Screening	Sudore RL et al.	Alfa de Cronbach: >0.80	Co. Const. Crit.
Espiritualidad, sentido y necesidades existenciales	SNQ	Büssing A et al.	Alfa de Cronbach: 0.86–0.95	Co. Const. Crit.
	SCQit	Sinclair S et al.	Alfa de Cronbach 0.98; Test-retest >0.80	Co. Const. Crit.
Sedación, agitación y síntomas neuropsiquiátricos	RASS-PAL	Bush SH et al.	Confiabilidad interevaluador 0.95	Co. Const. Crit.
	m- RASS	Shirley H et al.	Kappa de Cohen 0.88-0.96	Co. Const. Crit.

Nota. Co.: contenido; Const.: constructo; Crit.: criterio.

Según la evidencia encontrada, el 100% de los instrumentos reportó al menos una propiedad psicométrica (confiabilidad, validez o ambas), lo que sugiere una base psicométrica mínima para su aplicación en el contexto del paciente en etapa terminal.

En relación con la confiabilidad, la medida más reportada fue alfa de Cronbach con un 71 % de los instrumentos, lo que sugiere una evaluación robusta de la consistencia interna. Un 57 % de los instrumentos presentó medidas de estabilidad temporal mediante pruebas de test-retest, con coeficientes superiores a 0.80, lo cual indica la estabilidad aceptable entre mediciones. Asimismo, el coeficiente Kappa de Cohen se reportó en el 21 % de los instrumentos, con coeficientes superiores a 0.75, lo que evidencia adecuado nivel de concordancia interevaluador.

En relación con la validez, la de contenido fue la más frecuente (85 %), presente en 24 instrumentos, la validez de constructo se advierte en un 85 % de los instrumentos, mientras que la validez de criterio fue reportada en un 53 %, generalmente en escalas que buscan correlacionar con estándares diagnósticos o clínicos.

Por lo tanto, la evidencia reporta que los instrumentos cuentan con fundamento psicométrico sólido, aunque con variación en la profundidad de los procesos de validación reportados en las distintas temáticas.

Discusión

Esta revisión bibliográfica ofrece una mirada comprensiva sobre los instrumentos utilizados internacionalmente en la atención en salud de la persona en etapa terminal, una fase caracterizada por elevada complejidad clínica, emocional y decisional. De esta forma se responde a la necesidad imperiosa de optimizar la evaluación clínica en un escenario donde la enfermedades crónicas y terminales aumentan a nivel global. [31] En este escenario, los resultados de esta revisión integrativa evidencian una amplia diversidad de instrumentos utilizados internacionalmente en la atención de la persona en la etapa final de vida, con una predominancia de herramientas centradas en la evaluación de la funcionalidad, estado clínico y aspectos psicológicos. Este patrón es consistente con la bibliografía desarrollada en países de altos ingresos, principalmente Asia, Europa y Estados Unidos, donde la evaluación funcional y clínica ha sido históricamente prioritaria en los modelos de atención paliativa. [8,9]

Asimismo, los hallazgos muestran una menor representación de instrumentos orientados a dimensiones relacionales, espirituales y de planificación anticipada del cuidado. Esta brecha ha sido previamente señalada por informes y recomendaciones de organismos internacionales, como OMS y OPS, que destacan la necesidad de incorporar evaluaciones más integrales y centradas en la persona para mejorar la calidad de la atención al final de vida. [32, 33]

Al contrastar los hallazgos de esta revisión con la literatura internacional, resulta relevante considerar el contexto geográfico e institucional de los estudios incluidos. La literatura seleccionada se

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e4825
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4825

compone mayoritariamente de investigaciones desarrolladas en países de altos ingresos, principalmente de Asia (China, Taiwán, Cores del Sur), Europa (Inglaterra, Alemania, Italia, Dinamarca, Portugal), Australia y Estados Unidos, contextos en los que predominan instrumentos centrados en la evaluación funcional y clínica de la persona al final de la vida, con énfasis en pronóstico y control de síntomas. Por otra parte, los informes emitidos por la OMS, OPS y la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) aportan un marco conceptual que visibiliza las brechas existentes en América Latina, y enfatizan la necesidad de instrumentos multidimensionales y culturalmente pertinentes, especialmente en contextos donde los cuidados paliativos, y por ende los cuidados la final de vida, aún presentan brechas de acceso y desarrollo. Esta diversidad de enfoques refuerza la importancia de interpretar los resultados considerando el origen de a evidencia y su aplicabilidad a distintos contextos sanitarios.

Si bien la literatura recogida en esta revisión informa que existe una amplia gama de instrumentos utilizados internacionalmente en la atención del paciente en etapa terminal, la diversidad identificada confirma un uso fragmentado y poco sistemático de estas herramientas, donde múltiples escalas conviven sin un marco estandarizado de selección ni recomendaciones globales de uso clínico. [1] En este contexto, predominaron instrumentos de tipo autoaplicado o administrados mediante entrevistas, lo que refleja una mirada hacia la evaluación subjetiva del bienestar y síntomas del paciente. Sin embargo, la amplia variedad de propósitos, tiempos de aplicación y dimensiones evaluadas de los instrumentos advierte la ausencia de una ruta homogénea de medición, dificultando de esta forma la comparabilidad entre estudios y limitando el establecimiento de estándares internacionales, tal como lo han señalado la EAPC (European Association for Paliative CARE) [34] y la IASP (International Association for tehn Study of Pain). [35] En relación con lo anterior, es importante destacar que la mayoría de los artículos se concentra en países de altos ingresos, mientras que en los países de bajos y medianos ingresos la evidencia sigue siendo escasa; esta característica limita la aplicabilidad global de los resultados, tal como lo reportan otros autores. [36]

La caracterización de los instrumentos incluidos en esta revisión permitió organizarlos en siete categorías principales, según sus propósitos e implementación. Se evidenció que existe un predominio de herramientas centradas en manejo del estado global de funcionalidad, estado clínico y deterioro cognitivo, así como en la psicología del final de la vida de la persona en etapa terminal. Estos resultados coinciden con estudios previos que reportan que la evaluación funcional y el impacto emocional del final de vida constituyen los pilares más consolidados en la literatura internacional. [37] A pesar de ello, se evidenciaron dimensiones críticas para una atención verdaderamente integral, como son la espiritualidad, necesidades existenciales y planificación anticipada, que mostraron una representación marcadamente menor, resultados que se alinean con trabajos recientes que enfatizan la invisibilización de estos dominios en la investigación moderna. [38] Esta dispersión conceptual observada refuerza la necesidad de avanzar hacia modelo de atención integrador, que supere la visión biomédica aún predominante en los instrumentos vigentes.

En cuanto a las propiedades psicométricas de los instrumentos, se evidenció que todos los instrumentos reportaron al menos una propiedad de validez o confiabilidad, lo que constituye una fortaleza relevante. La predominancia de alfa de Cronbach sugiere que los autores están preocupados por evaluar consistencia interna, aunque no siempre de un análisis factorial robusto. Del mismo modo, el uso frecuente de test-retest y coeficientes Kappa refleja esfuerzos por garantizar estabilidad temporal y confiabilidad entre los evaluadores. Sin embargo, la validez de criterio, clave para evaluar correlación con estándares diagnósticos o clínicos, fue menos frecuente. Estos reportes coinciden con otros autores, quienes advierten una insuficiente evaluación comparativa entre instrumentos y parámetros clínicos objetivos. [39] Por otro lado, la evidencia enfatiza la importancia y relevancia de la adaptación transcultural de los instrumentos en el ámbito en salud, asegurando la pertinencia lingüística y cultural para garantizar la fiabilidad y validez de las mediciones, [40, 41] elemento que también emerge como necesidad en los hallazgos de esta revisión.

Desde una perspectiva clínica, estos resultados tienen implicancias significativas. La predominancia de instrumentos funcionales y psicológicos en desmedro de las dimensiones espirituales y de planificación anticipada puede limitar la capacidad del equipo de salud para brindar una atención

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e4825
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4825

holística, como también afectar la toma decisiones, comunicación y preparación emocional del paciente y familia. Asimismo, la ausencia de validaciones transculturales globales limita la aplicabilidad de varios instrumentos en contextos latinoamericanos, donde existen factores socioculturales que influyen en el significado de una enfermedad terminal.

Entre las limitaciones relevantes de esta revisión se encuentran, en primer lugar, el diseño de revisión integrativa que, si bien permite sintetizar literatura de estudios heterogéneos, no contempla procedimientos de metaanálisis ni estimaciones cuantitativas comparativas, lo cual limita la probabilidad de evaluar la magnitud de los efectos de los instrumentos identificados. En segundo lugar, el recorte temporal aplicado a la búsqueda, restringido a estudios publicados entre 2020–2025, pudo haber excluido instrumentos desarrollados con anterioridad que continúan siendo utilizados en la práctica clínica. Asimismo, la inclusión exclusiva de artículos en idioma inglés y español puede generar un sesgo de idioma, excluyendo potencialmente instrumentos desarrollados en otros contextos lingüísticos. Adicionalmente, la revisión se basó únicamente en estudios publicados en bases de datos indexadas, situación que implica un posible sesgo de publicación, al no considerar literatura gris o informes no indexados. Finalmente, algunas propiedades psicométricas de los instrumentos no se reportaron en profundidad, lo que podría restringir un análisis más exhaustivo.

A partir de estos hallazgos, se recomienda para futuras investigaciones avanzar en la validación transcultural de instrumentos, especialmente en contextos latinoamericanos donde la evidencia es escasa. Asimismo, se recomienda desarrollar herramientas que integren dimensiones subrepresentadas como espiritualidad, planificación anticipada y necesidades familiares. La creación de consensos internacionales que orientan la selección y uso de instrumentos, así como estudios comparativos que evalúen sensibilidad al cambio y utilidad clínica real, constituyen pasos esenciales para fortalecer la evaluación integral del paciente en etapa terminal.

Finalmente, esta revisión contribuye a sistematizar un campo fragmentado, identificando los instrumentos disponibles, sus dimensiones centrales y su fundamento psicométrico. No obstante, persisten desafíos para lograr evaluaciones integrales, culturalmente pertinentes y clínicamente aplicables. lo que subraya la necesidad de avanzar hacia marcos de medición consensuados y sensibles a la diversidad de trayectorias al final de vida.

Conclusión

Esta revisión integrativa permitió identificar y clasificar instrumentos utilizados internacionalmente en la atención de personas al final de la vida, evidenciando una amplia heterogeneidad en los enfoques de evaluación, dimensiones abordadas y propiedades psicométricas reportadas. Los datos analizados confirman que la mayoría de los instrumentos se concentra en medir funcionalidad, estado clínico o aspectos psicológicos, mientras que las dimensiones espirituales, necesidades existenciales y planificación anticipada permanecen escasamente representadas.

Desde la perspectiva de la práctica clínica, al ofrecer una síntesis estructurada, estos resultados pueden orientar a los profesionales de la salud en la selección informada de instrumentos de evaluación, considerando su propósito, dimensiones y respaldo psicométrico. Asimismo, la clasificación temática propuesta facilita la identificación de herramientas pertinentes, según las necesidades clínicas específicas de la persona al final de vida, contribuyendo a una atención más integral y centrada en la persona. Desde el ámbito investigativo, se advierten brechas relevantes en la disponibilidad de instrumentos validados y culturalmente adaptados, lo que abre líneas de investigación futuras orientadas al desarrollo, adaptación transcultural y evaluación psicométrica de los instrumentos utilizados en las personas al final de vida.

Referencias

1. Runzer Colmenares F, Parodi J, Perez-Agüero C, Echegaray K, Samamé JC. Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos: una deuda pendiente de los servicios de salud. Acta Médica Peruana [Internet]. 2019 [citado 2025 jun 26];36(2):134-144. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e4825
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4825

2. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care [Internet]. 2da ed. London: WHPCA; 2020 [citado 2025 dic 15]. Disponible en: https://www.paho.org/es/node/75063

3. Pan American Health Organization; World Health Organization. Cuidados Paliativos-OPS/OMS [Internet]. Washington, DC: PAHO/WHO; 2015-2019 [citado 2025 dic 13]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos

4. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020 [Internet]. 2da ed. Houston: IAHPC Press; 2021 [citado 2025 dic 16]. Disponible en: https://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/8/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica%202020.pdf

5. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Cuidados paliativos: definición de enfermedad terminal [Internet]. Madrid: SECPAL; 2005 [citado 2026 abr 15]. Disponible en: https://www.bioeticaweb.com/cuidados-paliativos-recomendaciones-de-la-sociedad-espaapola-de-cuidados-paliativos-secpal/

6. Bausewien C, Daveson BA, Currow Dc, Dowing J, Deliens L, Radbruch L, et al. EAPC White paper on outcome measurement in palliative care: improving practice, attaining outcomes and delivering quality services. Recommendations from the European Association for Palliative care (EAPC) Task Force on Outcome Measurement. Palliat Med [Internet]. 2026 [citado 2025 dic 16];30(1):6-22. doi: 10.1177/0269216315589898

7. Gomez CB, Marcelino PAW, Capelas ML. Compassion assessment instruments in palliative care: a scoping review of available tools and their psychometric characteristics. BMC Palliat care [Internet]. 2025[citado 2025 dic 16]; 24:118. doi: 10.1186/s12904-025-01870-8

8. Albers G, Echteld MA, De Vet HC, Onwuteaka-Philipsen BD, Van Der Linden MH, Deliens L. Evaluation of quality-of-life measures for use in palliative care: a systematic review. Palliat Med [Internet]. 2010 [citado 2025 dic 14];24(1):17-37. doi: 10.1177/0269216309346593

9. Antunes B, Rodrigues PP, Higginson IJ, Ferreira PL. Outcome measurement-a scoping review of the literature and future developments in palliative care clinical practice. Ann Palliat Med [Internet]. 2018 [citado 2025 dic 14];7(Suppl 3):S196–206. doi: 10.21037/apm.2018.07.03

10. Hurley E, May P, Matthews S, Normand C, Johnston BM. What gets measured in palliative care? A review and synthesis of routine data collection in 16 countries. Health Policy Open [Internet]. 2025 [citado 2025 dic 14]; 8:100141. doi: 10.1016/j.hpopen.2025.100141

11. Knafl K, Whittemore R. Top 10 tips for undertaking synthesis research. Res Nurs Health [Internet]. 2017 [citado 2025 may 20];40(3):189-193. doi: 10.1002/nur.21790

12. Valencia-Contrera M, Vilchez-Barboza V, Do Carmo Cruz Robazzi ML, Quintana-Zavala M, Castro-Bastidas J, Ardiles-Irarrazabal R-A, et al. INTEGRA methodology for the development of integrative reviews: origins, guidelines, and recommendations. Data and Metadata [Internet]. 2024 [citado 2025 mar 15];3. doi: 10.56294/dm2024.401

13. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. Education for Information [Internet]. 2018 [citado 2025 mar 18];34(4):285-291. doi: 10.3233/EFI-180221

14. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. The BMJ [Internet]. 2021 [citado 2025 jun 11];372. doi: 10.1136/bmj.n71

15. Sánchez-Martín M, Pedreño Plana M, Ponce Gea AI, Navarro-Mateu F. And, at first, it was the research question… The PICO, PECO, SPIDER and FINER formats. Espiral Cuadernos del Profesorado [Internet]. 2023 [citado 2025 mar 16];16(32):126-136. doi: 10.25115/ecp.v16i32.9102

16. Marziale MHP. Instrumento para recolección de datos revisión integrativa [Internet]. 2015 [citado 2025 nov 26]. Disponible en: https://gruposdepesquisa.eerp.usp.br/sites/redenso/wp-content/uploads/sites/9/2019/09/Instrumiento_revision_litetarura_RedENSO_2015.pdf

17. Lin HM, Liu CK, Huang YC, Ho CW, Chen M. Investigating key factors related to the decision of a do-not-resuscitate consent. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [citado 2025 sep 15];19(1). doi: 10.3390/ijerph19010428

18. Prigerson HG, Bao Y, Shah MA, Elizabeth Paulk M, LeBlanc TW, Schneider BJ, et al. Chemotherapy use, performance status, and quality of life at the end of life. JAMA Oncol. [Internet]. 2015 [citado 2025 sep 11];1(6):778-784. doi: 10.1001/jamaoncol.2015.2378

19. Luo X, Miao X, Ding N, Fu Z, Wang X, Li Y. Application of the end-of-life demands card game and mindfulness-based cancer recovery program for reducing negative emotion in patients with advanced lung cancer: a randomized controlled trial. Front Psychol [Internet]. 2025 [citado 2025 jul 26];16. doi: 10.3389/fpsyg.2025.1476207

20. Bendel Y, Pinquart M, Schulz-Quach C, von Blanckenburg P. Expectations in the Communication About Death and Dying: Development and Initial Validation of the End-of-Life Conversations – Expectations Scale. Omega (United States) [Internet]. 2022 [citado 2025 dic 16];90(2), 710-725. doi: 10.1177/00302228221110726

21. Bovero A, Fraoni A, Urru S, Berchialla P, Cotardo F, Di Girolamo I, et al. Measuring compassion in end-of-life cancer patients: The Italian validation of the Sinclair Compassion Questionnaire (SCQit). Palliat Support Care [Internet]. 2024 [citado 2025 nov 16];22(5). doi: 10.1017/s1478951524001202

22. Pi SH, Li IF, Li PY, Lai YL, Fang CK. Psychometric Evaluation of the Good Death Index from Patients with Terminal Cancer's Perspectives: A Mixed-Methods Study. J Multidiscip Healthc [Internet]. 2024 [citado 2025 mar 11]; 17:6031-6041. doi: 10.2147/jmdh.s464198

23. Davies A, Waghorn M, Skene S. Clinical features of audible upper airway secretions ("death rattle") in patients with cancer in the last days of life. Supportive Care in Cancer [Internet]. 2024 [citado 2025 jun 11];32(7):423. doi: 10.1007/s00520-024-08634-9

24. Evans HE, Sansom-Daly UM, Bryant RA. Attachment as a mechanism influencing end-of-life communication: An analogue investigation. PLoS One [Internet]. 2024 [citado 2025 dic 16];19(7):e0303652. doi: 10.1371/journal.pone.0303652

25. Hasse HT, Kjær T, Kristensen SR. Trajectory of quality of life among patients with cancer at the end of life: a longitudinal survey study. Quality of Life Research [Internet]. 2025 [citado 2025 jun 6];34:1695-1707. doi: 10.1007/s11136-025-03923-0

26. Zhou P, Tang C, Wang J, Zhang C, Zhong J. Assessing the relationship between the distress levels in patients with irreversible terminal delirium and the good quality of death from the perspective of bereaved family. BMC Palliat Care [Internet]. 2025 [citado 2025 oct 26];24(1):14. doi: 10.1186/s12904-025-01652-2

27. Thomas B, Barclay G, Lo WSA, Mullan J, Mansfield K. Dexmedetomidine Versus Midazolam for End-of-Life Sedation and Agitation: Protocol for a Randomized Controlled Trial (The DREAMS Trial). JMIR Res Protoc [Internet]. 2024 [citado 2025 mar 16];13:e55129. doi: 10.2196/55129

28. Peralta T, Castel-Branco MM, Reis-Pina P, Figueiredo IV, Dourado M. Prescription trends at the end of life in a palliative care unit: observational study. BMC Palliat Care [Internet]. 2022 [citado 2025 mar 16];21(1):65. doi: 10.1186/s12904-022-00954-z

29. Niemeyer MJS, Jochems D, Van Ditshuizen JC, de Kanter J, Cremers L, van Hattem M, et al. Clinical outcomes and end-of-life treatment in 596 patients with isolated traumatic brain injury: a retrospective comparison of two Dutch level-I trauma centers. European Journal of Trauma and Emergency Surgery [Internet]. 2024 [citado 2025 jun 16];50(4):1249-1259. doi: 10.1007/s00068-023-02407-5

30. Joung JH, Park H. The effects of death anxiety and social support on the preferences for care near the end of life in older adults staying at long-term care hospitals: A cross-sectional, descriptive study. Journal of Korean Gerontological Nursing [Internet]. 2024 [citado 2025 oct 16];26(1):102-112. doi: 10.17079/jkgn.2023.00199

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e4825
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4825

31. Zaalberg T, Barten DG, van Heugten CM, Klijnsma P, Knarren L, Hiemstra Y, et al. Prevalence and risk factors of burden among caregivers of older emergency department patients. Sci Rep [Internet]. 2023 [citado 2025 nov 6];13(1):7250. doi: 10.1038/s41598-023-31750-1

32. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. Washington, DC: OPS; 2023 [citado 2026 abr 15]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos

33. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; World Health Organization. Global atlas of palliative care the end of life [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado 2025 dic 16]. Disponible en: https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/resources/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

34. European Association for Palliative Care. About us - EAPC [Internet]. [citado 2025 oct 26]. Disponible en: https://eapcnet.eu/about-us/

35. International Association for the Study of Pain. International Association for the Study of Pain [Internet]. [citado 2025 jun 6]. Disponible en: https://www.iasp-pain.org/

36. World Health Organization. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. 2021 [citado 2025 mar 6]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240027053

37. Bezerra TPP, Nobre TTX, Pennafort VP dos S, Graça JRV da, Barra IP, Holanda G de OM, et al. Instrumentos para Avaliacao de pacientes Hospitalizados en Cuidados Paliativos: Revisao Integrativa. Cogitare Enfermagem [Internet]. 2024 [citado 2025 dic 6];29:e95032. doi: 10.1590/ce.v29i0.95032

38. Büssing A. The Spiritual Needs Questionnaire in Research and Clinical Application: a Summary of Findings. J Relig Health [Internet]. 2021 [citado 2025 mar 1];60(5):3732-3748. doi: 10.1007/s10943-021-01421-4

39. Jimam NS, Ismail NE, Dayom WD. Evaluation of Psychometric Quality of EQ-5D-5L Scale for Assessing Health-Related Quality of Life of Malaria Patients. Value Health Reg Issues [Internet]. 2020 [citado 2025 jul 6];22:15-22. doi: 10.1016/j.vhri.2019.08.478

40. Lira MT, Caballero E. Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: historia y reflexiones del por qué, cómo y cuándo. Rev Méd Clín Condes [Internet]. 2020 [citado 2025 nov 1];31(1):85-94. doi: 10.1016/j.rmclc.2019.08.003

41. Rodríguez Acelas AL, Cañon Montañez W. Contribuciones de las escalas en salud como herramientas que influencian decisiones en el cuidado de los pacientes. Revista Cuidarte [Internet]. 2018 [citado 2025 dic 16];9(1):1949. doi: 10.15649/cuidarte.v9i1.498

Contribución de los autores (Taxonomía CRediT): 1. Conceptualización; 2. Curación de datos; 3. Análisis formal; 4. Adquisición de fondos; 5. Investigación; 6. Metodología; 7. Administración de proyecto; 8. Recursos; 9. Software; 10. Supervisión; 11. Validación; 12. Visualización; 13. Redacción: borrador original; 14. Redacción: revisión y edición.

O. A. S. ha contribuido en 1, 2, 5, 13; A. A. D. en 1, 2, 5, 13; J. B. M. en 1, 2, 5, 13; A. M. Q. en 1, 2, 5, 13; J. R. L. en 6, 7, 10, 11, 12, 14; F. R. B. en 3, 7, 9, 10, 12.

Editora científica responsable: Dra. Natalie Figueredo.