

La atención psicosocial como perspectiva integradora en cuidados paliativos

José Carlos Bermejo Higuera

Doctor en Teología Pastoral Sanitaria

Bernardino Lozano González

Trabajador Social y Teólogo

Marta Villacieros Durbán

Doctora en Biología y Psicóloga

Centro Asistencial San Camilo

Resumen

El objetivo del estudio fue describir el perfil y situación de adaptación de personas atendidas por un Equipo de Atención Psicosocial ubicado en la Comunidad de Madrid y formado por 4 psicólogos y 1 trabajador social y teólogo. Para ellos, se realizó un análisis retrospectivo en el que se tomaron datos de todas las primeras visitas realizadas durante 6 meses del 2014. En este periodo se atendieron 749 personas, 41,5% (311) pacientes (edad media: 74 años) y 58,5% (438) familiares (55 años). El 40,7% (305) hombres y 59,3% (444) mujeres. Con patologías en un 73,2% (213) de tipo oncológico. Los familiares eran sobre todo hijos, 41% (181).

En pacientes, el Estado de ánimo es medio y el Sentido de la vida y los sentimientos de Paz y perdón buenos. Tanto pacientes como familiares vivían una situación de Impacto Familiar en proceso de adaptación, con Adaptación moderada y Riesgo de claudicación familiar leve. La Comunicación familiar se valoró por el 45,70% de los pacientes como a veces, mientras que el 51,1% de los familiares como casi nunca ($p < 0,05$). El Malestar fue significativamente superior en pacientes ($p = 0,002$).

Se encuentran dificultades o discrepancias en la comunicación familiar. Apoyamos el efecto positivo de la intervención psicosocial y la necesidad del rol del trabajador social para la reducción de los parámetros psicológicos y espirituales evaluados, ya que se muestra eficaz en el contexto de la atención a personas con enfermedades avanzadas.

Palabras claves

Cuidados Paliativos, Comunicación y mediación, Trabajo Social, Intervención Psicosocial.

Abstract

The objective of the study was to describe the profile and status of adaptation of people assisted by a team of psychosocial intervention located in the community of Madrid and consisting of 4 psychologists and 1 theologian and social worker. For that, a retrospective analysis which took data from all first visits carried out during

six months of 2014 was done. In this period 749 people were attended, 41.5% (311) patients (average age: 74 year-old) and 58.5% (438) family (55 year-old). 40.7% (305) men and 59.3% (444) women. With pathologies by 73.2% (213) cancer type. Family members were mostly 41% (181) their son or daughter.

In patients, the mood is medium and the meaning of life and feelings of peace and forgiveness are good. Both patients and family members lived an impact family situation in the process of adaptation, with moderate adaptation and mild risk of family claudication. Family communication was assessed by 45,70% of patients as sometimes, while 51.1% of the relatives assessed almost never ($p < 0,05$). The discomfort was significantly higher in patients ($p = 0,002$).

Difficulties or discrepancies are found in family communication. We support the positive effect of psychosocial intervention and the need for the role of the social worker for the reduction of the spiritual and psychological parameters evaluated, as shown effective in the context of care for people with advanced illnesses.

Keywords

Palliative care; Communication and mediation; Social work; Psychosocial intervention.

Introducción

Desde que en el 2002 la OMS definiera los cuidados paliativos, objetivo de todo equipo de atención a personas con enfermedades terminales es mejorar su calidad de vida y la de sus familiares, mediante la atención integral y sin descuidar los aspectos emocionales, sociales y espirituales.

Estos equipos pues son equipos multidisciplinares integrados por médicos enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, en colaboración con otros profesionales (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales...).

La importancia del trabajador social radica en el hecho de que cualquier acontecimiento que ocurre en una de las esferas del ser humano, que es bio-psico-social, repercute en las demás. Algunas personas se sienten incapaces de resolver satisfactoriamente las dificultades que se encuentran ante situaciones de enfermedad terminal y el profesional ha de ayudarles a potenciar sus propias capacidades para que se opere el cambio (Agrafojo, 2014).

Para esta misión es de crucial importancia profundizar en la esfera psicoemocional de pacientes y cuidadores, valorar el impacto que genera el conocimiento de la mala noticia y analizar la calidad de la comunicación familiar.

Ya encontramos estudios que describen el perfil del cuidador (Blanco et al., 2007; Cabrera et al., 2005; Uceda, Rodríguez y Mora, 2007), su rol y repercusiones (López Gil et al., 2009), las causas de sufrimiento en enfermos oncológicos (Jurado, Esteve y Villalba, 2010), o la relación del bienestar emocional con los aspectos espirituales Barreto et al., 2013). También existen estudios sobre la actividad de los equipos de soporte de cuidados paliativos (Pérez, Gallego y Jaén, 2011) y sobre la necesidad de formarse específicamente para ello (Jünger y Payne, 2011). Aunque se observa el aumento del número de estudios

que se centran en estos aspectos, son escasos los datos de que disponemos sobre algunas variables difíciles de valorar en enfermedades tan avanzadas, sin agotar al enfermo (Mate et al., 2009).

En general las conclusiones que se obtienen en estos estudios defienden la necesidad de formación y cuidados específicos para este ámbito, dadas las necesidades psicosociales y espirituales de las personas en esta situación y la necesidad de la atención integral y multidisciplinar para cubrir la ayuda a personas que se encuentran ante una situación extrema de vulnerabilidad y conflicto.

Respecto a la situación socioeconómica y familiar se estima que el 41,16% de las personas atendidas tiene ingresos económicos inferiores a 1.400€/ mes, en el 32,90% de los casos, la capacidad cuidadora de la familia es escasa, parcial o nula. Ante la enfermedad avanzada, el 36,14% de las familias corren el riesgo de claudicar por sobrecarga familiar y el 3,99% de los pacientes atendidos no tienen familia (Obra Social “La Caixa”, 2013).

Respecto a la identificación de situación psicoemocional medido en términos de estado de ánimo, ansiedad y malestar al inicio de la atención, parece que los familiares obtienen mejores valores que pacientes (Obra social “La Caixa”, 2011).

Continuando esta línea de investigación, en este estudio pretendemos describir el perfil de personas atendidas por un Equipo de Atención Psicosocial ubicado en la Comunidad de Madrid. Primero en relación a variables sociodemográficas y segundo respecto a su situación de adaptación debido a la comunicación de la mala noticia, riesgo de claudicación familiar por sobrecarga y variables psicosociales (Estado de ánimo, Ansiedad, Malestar, Adaptación) y espirituales (Sentido de la vida, Paz/perdón). En aquellas variables que se valoraron por igual en pacientes y familiares se analizan posibles diferencias entre ambos grupos.

Método:

Análisis retrospectivo de 6 meses de duración. Se tomaron datos de todas las primeras visitas (presenciales siempre) realizadas entre marzo y agosto de 2014 por un Equipo de Atención Psicosocial (EAPS) ubicado en la Comunidad de Madrid. El equipo está formado por 4 psicólogos y 1 trabajador social y teólogo.

Las personas que se atienden en el EAPS, son derivaciones que se clasifican en torno a los recursos de atención del EAPS:

- Equipo de Soporte Domiciliario (ESD): a través del cual médicos de familia, ESAD (Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria) y servicios sociales derivan al EAPS para ser atendidos a domicilio (derivación planificada con tiempo).
- Equipo de Soporte Hospitalario (ESH): que actúa a demanda por derivación interconsulta del hospital (intervención de últimos días o situaciones de crisis)
- Centro Sociosanitario (CSS): constituido por personas ingresadas en un Centro Sociosanitario que reciben la atención del EAPS (derivación planificada con tiempo)
- Unidad de Cuidados Paliativos (UCP): que actúa con los ingresados en una UCP de la Comunidad de Madrid (intervención de últimos días)

- Otros; recurso que actúa en el marco de un Centro de Escucha y Unidad Móvil de Intervención (UMI)

En la primera visita se evalúa y se establece la atención a seguir que puede ser continuada. Se visita tanto al paciente como a los familiares que lo soliciten. Se recogen datos demográficos y se realiza una valoración semiestructurada sobre distintos aspectos, de los cuales en el presente estudio analizamos:

- En familiares: Situación de impacto debido a la patología (con 3 niveles: ajustado, en proceso y desajustado), Riesgo de claudicación del familiar (con 4 niveles: ninguno, leve, moderado y severo), Adaptación a la situación de paliativo con 3 niveles (buena, moderada y escasa) y Comunicación familiar (con 3 niveles: casi nunca, a veces, casi siempre). Ansiedad (de 0 = nada de ansiedad a 10 = ansiedad máxima), y Malestar (de 0 = nada de malestar a 10 = malestar máximo).

- En pacientes: además de las anteriores se recogen valoraciones sobre: Valor estado de ánimo (este dato se recogió como 0 = peor estado de ánimo y 10 = mejor estado de ánimo pero para el análisis de resultados se invirtieron las puntuaciones obtenidas por su mayor significado a nivel intuitivo quedando 10 como peor estado de ánimo). Para la evaluación de Sentido de la vida (donde 1 es el sentido pleno y 5 ningún sentido) y Paz y perdón (1 = sentimiento pleno de paz y perdón y 5 = ningún sentimiento de paz y perdón) se siguió el modelo de Ferris (Ferris et al., 2002 y Ferris, Gómez-Batiste, Fürst y Connor, 2007).

Respecto al análisis estadístico, inicialmente se realizó un estudio descriptivo. A continuación, para comparar diferencias entre grupos (pacientes y familiares) cuando las variables eran categóricas se utilizó la prueba de igualdad bilateral de proporciones (asumiendo que las varianzas eran iguales y utilizando la corrección de Bonferroni). Para comparar las medias en los distintos grupos de las variables cuantitativas la prueba T de Student para muestras independientes.

Resultados:

Descripción de la muestra

Se recogieron datos provenientes de 749 personas atendidas por el EAPS. El 41,5% (311) eran pacientes y el 58,5% (438) familiares. La mayor parte residentes de la provincia de Madrid (93%, 696), y españoles de nacimiento (94%, 703). De ellos, el 40,7% (305) hombres y el 59,3% (444) mujeres. Las patologías de los pacientes en un 73,2% (213) eran de tipo oncológico y en el resto 26,8% (78) de tipo no oncológico. Los familiares eran sobre todo hijos, 41% (181), seguidos de pareja 27% (118), otro tipo de cuidador 16% (71), hermanos 10% (45) y por último también encontramos un 5% de progenitores (23).

La edad media de los pacientes fue 74 años (desv. típ.:14, min: 4 y máx.: 99). Entre los familiares la media fue de 55 años (desv. típ.: 17, min: 5 máx.: 92).

Respecto al estado civil, la mayor parte son casados (el 51% entre los pacientes y el 81% entre los familiares), con una situación laboral de 72% de pacientes jubilados y 57% de familiares activos. La capacidad de cobertura de cuidados entre los pacientes es insuficiente en el 56% de las ocasiones mientras que entre los familiares es clasificada como bastante en el 85% entre los familiares.

Los ingresos del núcleo de convivencia se sitúan entre salario mínimo interprofesional o inferiores a la media en el 43% de las familias y en la media en el 54% de las familias. El 80% no cuentan con recursos externos de ayuda (servicios sociales como centro de día etc...), pero cuentan con más de un cuidador el 57% de las familias atendidas (Tabla 1).

La mitad de las visitas se realizaron por el recurso de la UCP (49%, 366), a continuación por el ESH (35%, 264). El ESD y CSS hicieron el 12,4% (93) de las visitas (Tabla 2).

Variables categóricas (Tabla 3)

Respecto a las variables categóricas del estudio, la mayoría se clasificaron como situación de Impacto familiar en proceso de adaptación, Adaptación Moderada, Riesgo de claudicación familiar Leve y con una Comunicación familiar de casi siempre.

Al comparar las distribuciones de las proporciones entre los grupos paciente y familiar (Tabla 3) se observa que la Situación de impacto es muy similar entre ellos y el Riesgo de claudicación (según se evalúe en el paciente o en el familiar) es equivalente, pero la proporción de Adaptación moderada en el paciente es significativamente mayor que en el familiar y la Comunicación familiar se observa muy diferente según se evalúa en el paciente o en el familiar. Mientras que para el 45,70% de los pacientes se da comunicación a veces, para el 51,1% de los familiares se da casi nunca ($p < 0,05$).

Variables cuantitativas (Tabla 4)

Tanto la valoración de Ansiedad como el Malestar se ubican en torno a 6, un poco más de los que podríamos llamar ansiedad o malestar medios. En las comparaciones observamos que la Ansiedad es más alta en familiares pero no llega a considerarse estadísticamente significativo ($p = 0,063$), mientras que la valoración de malestar es significativamente superior en pacientes ($p = 0,002$).

Respecto a las variables que solamente se tomaron en pacientes, el Estado de ánimo podríamos valorarlo como medio (media=5,32 desv. típ.=1,5) y el Sentido de la vida y los sentimientos de Paz y perdón buenos (media=2,15; desv. típ.=1,0 y media 1,87; desv. típ.=0,9 respectivamente).

Discusión

El perfil de pacientes atendidos que encontramos es el de un hombre o mujer de aproximadamente 74 años, casado, jubilado, con una capacidad de cobertura de cuidados insuficiente y con ingresos medios en el núcleo familiar. Cuenta con un cuidador pero no dispone de recursos externos de ayuda (tipo centro de día, etc.). Su situación de impacto está en proceso de adaptación, adaptación que por ahora es moderada. Existe riesgo leve de claudicación familiar y según ellos, se da comunicación con su familia *casi siempre*. Emocionalmente se valora con ansiedad y malestar entre medio y medio alto, con un estado de ánimo medio y sentido de la vida y sentimientos de paz y perdón buenos.

El perfil del familiar es el de una mujer de 55 años casada, activa laboralmente y con bastante capacidad de cobertura de cuidados. Al igual que sucede en los pacientes, se valora con una situación de impacto en proceso y adaptación moderada. Emocionalmente también se valoran los familiares con ansiedad y malestar entre medio y medio alto. Existe riesgo leve de claudicación familiar, pero, esta es la gran diferencia, la comunicación con el

paciente la valoran un gran porcentaje de ellos como que se da *casi nunca*.

En estos resultados observamos claramente la importancia de la presencia del trabajador social en un equipo multidisciplinar de atención en cuidados paliativos. Sus funciones consisten en proporcionar asesoramiento y orientación, negociar acuerdos con relación a los problemas planteados, prestar asistencia práctica, ayudar a acceder a recursos que resultan dificultosos, dar ánimo y seguridad, ayudar a aceptar la enfermedad, contener la ansiedad, actuar de receptores de pensamientos y sentimientos, mediar y asegurarse de que las distintas partes (paciente y familiares) se comuniquen entre sí (Rodríguez, Parejo, García, Pérez y Martínez, 2009).

Precisamente en este estudio se encuentra una distancia y posible insatisfacción del familiar respecto a la comunicación con el paciente. Mientras que el paciente siente comunicarse adecuadamente el familiar no. Será el trabajador social el que deba mediar entre ellos para lograr un mejor ajuste familiar.

Por otro lado, surge cuestionarse un aspecto muy debatido de este ámbito. Aunque no hemos valorado el nivel de información de pacientes estos resultados apoyan los estudios relativos al pacto del silencio, que sitúan al familiar viviendo una situación complicada en la que o está convencido de que lo mejor sea informar al paciente de lo que está sucediendo. En una Unidad de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid, el 55% de los familiares (tanto al ingreso como al alta) quieren proteger al enfermo, solamente el 35% no muestran actitud contraria a la información (Bermejo, Villaceros, Carabias, Sánchez, Díaz-Albo, 2013).

Respecto a los indicadores psicosociales, nuestros datos se orientan de igual manera que otros estudios, ya que familiares obtienen mejores indicadores que pacientes respecto a la identificación de situación psicoemocional al inicio de la atención (Mateo et al., 2013; Obra social “La Caixa”, 2011). En pacientes obtuvieron una media de estado de ánimo de 4,82, de ansiedad de 3,64 y de malestar de 4,64. Para los familiares el malestar obtuvo una media de 5,7 y la ansiedad de 5,23 (todas ellas puntuadas sobre 10) (Obra social “La Caixa”, 2011).

Por último, cuando se ha realizado un análisis y toma de datos longitudinal (Obra social “La Caixa”, 2011) se observa una mejora importante sobre todo entre la primera y segunda visitas, dato que nosotros no hemos recogido en esta ocasión pero queda pendiente para futuras investigaciones.

En conclusión, este estudio describe un perfil de pacientes atendidos multidisciplinarmente (desde la psicología, trabajo social y teología), que aunque tienen unos niveles de ansiedad, malestar y estado de ánimo medios y sentido de la vida y sentimientos de paz y perdón buenos, se encuentran como en otros estudios, en situación de impacto por la mala noticia comunicada y con dificultades o discrepancias en la comunicación familiar. Apoyamos el efecto positivo de la intervención psicosocial y la necesidad del rol del trabajador social para la reducción de los parámetros psicológicos y espirituales evaluados ya que se muestra eficaz en el contexto de la atención a personas con enfermedades avanzadas.

REFERENCIAS

- Agrafojo Betancor, E. (2014). El trabajo social en cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 21(3), 89-90.
- Barreto, P., Fombuena, M., Diego, R., Galiana, L., Oliver, A., Benito, E. (2013). Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. *Medicina Paliativa* (en prensa). doi:10.1016/j.medipa.2013.02.002
- Bermejo, J.C., Villacieros, M., Carabias, R., Sánchez, E., Díaz-Albo, B. (2013). Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. *Medicina Paliativa*, 20(2), 49-59.
- Blanco Toro, L., Librada Flores, S., Rocafort Gil, J., Cabo Domínguez, R., Galea Marín, T., Alonso Prado, M. E. (2007). Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico. *Medicina Paliativa*, 14(3).
- Cabrera Bermudes C., Arenas López O., Bonilla Ibern M., Cortés i Bofill L., Márquez Aguedo I., Porta Josa R., Novellas i Aguirre de Carcer A., Rodríguez Alfonso Y., Tura Poma M. (2005). Perfil del cuidador principal del enfermo atendido por equipos de Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa*, 7(4), 140-144.
- Ferris, F., Balfour, H.M., Bowen, M.D., Farley, M.D., Hardwick, R.N., Lamontagne, C., et al (2002). A model to guide patient and family care: Based on nationally accepted principles and norms of practice. *Journal of Pain Symptom and Management*, 24,106-23. doi: 10.1016/S0885-3924(02)00468-2
- Ferris, F., Gómez-Batiste, X., Fürst, C.J., Connor, S. (2007). Implementing quality palliative care. *Journal of Pain Symptom and Management*, 33, 533-41. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.02.033
- Jünger, S., Payne, S. (2011). Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care. *European Journal of Palliative Care*, 18,238-52
- Jurado Martín, M.A., Esteve Zarazaga, R., Villalba Merchán, O. (2010). Causas de sufrimiento en enfermos oncológicos al final de la vida. *Medicina paliativa*, 17(2), 90-95
- López Gil, M.J., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., Alonso Moreno, F.J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 2(7), <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2009000200004>
- Maté, J., Mateo, D., Bayes, R., Bernaus, M., Casas, C., González-Barboteo, J. et al. (2009). Elaboración y propuesta de un instrumento para la detección de malestar emocional en enfermos al final de la vida. *Psicooncología*, 6, 507-18
- Mateo Ortega, D., Gómez-Batiste, X., Limonero, J.T., Martínez Muñoz, M., Buisan, M., de Pascual, V. (2013). Efectividad de la intervención psicosocial en pacientes con enfermedad avanzada y final de vida. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*,10(2-3), 299-316.
- Obra social “la Caixa”. Observatorio “QUALY”. (2011). *Evaluación de indicadores organizativos, de proceso y de resultados del Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas de la Obra Social “la Caixa”*. Disponible en <http://prensa.lacaixa>.

es/obrasocial/show_annex.html?id=25519

Obra social “la Caixa”. Observatorio “QUALY”. (2013) *Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas de la Obra Social “la Caixa”*. Informe para Directores (datos no publicados).

Pérez Durillo, F.T., Gallego Montalbán, J.A., Jaén Castillo, P. (2011). Análisis de la actividad de un equipo de soporte de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 18(4), 129-134

Rodríguez González, M.C., Parejo García, C., García Cisneros, R., Pérez Sánchez, M.J., Martínez Valle, I. (2009). Apoyo psicosocial en un paciente diagnosticado de esclerosis lateral amiotrófica, con apoyo a su cuidadora. Desarrollo de actuaciones. *DTS - Documentos de Trabajo Social*, 45, 209-215.

Uceda, M.E., Rodríguez, J.N., Mora, J.I. (2007). Estudio piloto sobre aspectos familiares y sociales percibidos por cuidadores principales de pacientes oncológicos en cuidados paliativos domiciliarios. *Medicina Paliativa*, 14(2), 69-74.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las familias atendidas

		Tipo			
		paciente		familiar	
		Recuento	%	Recuento	%
Sexo	Hombre	147	47,3	158	36,1
	Mujer	164	52,7	280	63,9
	Total	311	100,0	438	100,0
Estado Civil	casado	158	50,8	342	81,4
	viudo	99	31,8	17	4,0
	soltero o divorciado	54	17,4	61	14,5
	Total	311		420	
Situación laboral	jubilado	159	71,9	87	24,5
	activo	2	0,9	203	57,2
	baja/invalidez	51	23,1	14	3,9
	estudiante/paro	9	4,1	51	14,4
	Total	221		355	
Capacidad cobertura de cuidados	insuficiente	148	55,8	63	14,6
	suficiente	117	44,2	0	0,0
	bastante	0	0,0	369	85,4
	Total	265		432	
Ingresos núcleo de convivencia	Mín. o inferior media	93	43,1		
	En la media	116	53,7		
	Superior media	7	3,2		
	Total	216			
Disposición de Recursos externos	Si	43	20,2		
	No	170	79,8		
	Total	213			
Existencias cuidadores	No	14	5,3		
	Uno	101	38,0		
	Más de uno	151	56,8		
	Total	266			

Tabla 2. Distribución de la atención realizada por los distintos recursos del EAPS

Recursos EAPS	paciente		familiar		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
UCP	124	40	242	55	366	48,9
ESH	114	37	150	34	264	35,2
ESD+CSS	64	21	29	7	93	12,4
Perdidos	0	0	17	4	17	2,3
Otro	9	3	0	0	9	1,2
Total	311		438		749	

Tabla 3. Distribuciones y comparación de proporciones de las variables categóricas del estudio

		Tipo					
		paciente		familiar		Total	
		Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Situación impacto	Ajustado	82a	31,3	112a	29,8	194	30,4
	en proceso	138a	52,67	209a	55,6	347	54,4
	desajustado	42a	16,03	55a	14,6	97	15,2
	Total	262		376		638	
Adaptación	Buena	38a	13,57	79a	18,2	117	16,4
	Moderada	192a	68,57	258b	59,6	450	63,1
	Escasa	50a	17,86	96a	22,2	146	20,5
	Total	280		433		713	
Riesgo claudicación familiar	No	71a	26,79	95a	25,2	166	25,9
	Leve	113a	42,64	175a	46,4	288	44,9
	Moderado	59a	22,26	83a	22	142	22,1
	Severo	10a	3,77	8a	2,1	18	2,8
	Sin familia/NA	12a	4,53	16a	4,2	28	4,4
	Total	265		377		642	
Comunicación familiar	Casi nunca	18a	7,03	218b	51,1	236	34,6
	A veces	117a	45,7	0	0	117	17,1
	Casi siempre	121a	47,27	209a	48,9	330	48,3
	Total	256		427		683	

Nota: Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en $p < 0.05$. Cuando la proporción de columna es igual a cero la categoría no se compara.

Tabla 4. Variables cuantitativas del estudio

	Tipo		Prueba T para la igualdad de medias
	paciente	familiar	
	Media (dt)	Media (dt)	
Ansiedad (1-10)	5,92 (1,8)	6,17 (1,8)	t=-1,863; p=0,063
Malestar (1-10)	6,46 (1,5)	6,06 (1,8)	t=3,091; p=0,002
Estado de ánimo (1-10)	5,32 (1,5)	-	-
Sentido de la vida (1-5)	2,15 (1,0)	-	-
Paz y perdón (1-5)	1,87 (0,9)	-	-