



Preferencia del lugar de muerte y factores relacionados en personas mayores de la isla mediterránea de Ibiza

Preference for Place of Death and Related Factors of the Elderly in the Mediterranean Isle of Ibiza

Henry Cortés Pradilla*, Olga Lucía Correa Ospina**, Alberto Alonso-Babarro***

Recibido: agosto 24 de 2010. Enviado para modificaciones: septiembre 1 de 2010. Aceptado: febrero 24 de 2011.

RESUMEN

Objetivo. Describir el lugar de muerte preferido por personas mayores que consultaron o eran pacientes de algunos servicios de un hospital general de las Islas Baleares (España), y su posible asociación con otros factores.

Métodos. Estudio descriptivo transversal, realizado en el hospital, perteneciente al área de salud de Ibiza y Formentera, entre febrero y agosto de 2009. Participantes: 105 personas con 65 años o más.

Resultados. La edad media fue de 75 ± 7 años, de los cuales 58 eran hombres (55,2 %). En casa, con un 67,6 % (IC 95 %: 58,6-76,6), resultó ser el lugar de muerte preferido por los encuestados; el 6,7 % (IC 95 %: 1,9-11,5) preferiría un hospital de agudos, y el 25,7 % (IC 95 %: 17,3-34,1) preferiría una unidad de cuidados paliativos hospitalaria. Todos optaron por los cuidados paliativos de calidad frente a la eutanasia en su etapa final de vida.

SUMMARY

Objective. To describe the preference for place of death among elderly people who consulted or were patients of some departments at a general hospital in the Balears Islands (Spain) and potential relationship to other factors.

Methods. Descriptive cross-sectional trial developed at a health care clinic in Ibiza and Formentera, from February through August 2009. Participants: 105 \geq 65 years of age.

Results. The mean age was 75 ± 7 years old, 58 males (55.2 %). 67.6 % (95 % CI: 58.6-76.6) of the people surveyed said that their preferred death place was home; 6.7 % (95 % CI: 1.9-11.5) expressed their preference for acute care hospitals and 25.7 % (95 % C.I.: 17.3-34.1) preferred a hospital palliative care unit. Everyone chose quality palliative care versus euthanasia in the end-of-life stages.

* MD, MSc. Médico anestesiólogo, FEA-Anestesiología Hospital Can Misses-Ibiza, especialista en Algología y máster en Medicina Paliativa. Ibiza, España. Correspondencia: Anestesiología-Hospital Can Misses c/coronas s/n, 07800 Ibiza-España. Correo electrónico: hpradilla1@gmail.com.

** MD. Médica adjunta del servicio de Urgencias, del Hospital Can Misses. Ibiza, España.

*** MD, PhD, Médico adjunto de la Unidad de Cuidados Paliativos Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Conclusiones. Al ser la casa el lugar de muerte preferido por la mayoría de las personas mayores, esta escogencia parece estar influenciada fundamentalmente por la relación familiar y el arraigo, por la presencia de alguna toxicomanía y por el padecimiento de alguna enfermedad que limite en buen grado la funcionalidad de las personas. En estos casos se observa, entonces, una preferencia por una unidad de cuidados paliativos intrahospitalaria.

Palabras clave: Atención, atención paliativa, servicios de atención de salud a domicilio, muerte. (Fuente: DeCS, BIREME).

INTRODUCCIÓN

En 1967, Dame Cicely Saunders fundó el St. Christopher's Hospice, en Londres, y con ello, el desarrollo de la medicina paliativa (1), los avances médicos y el aumento de la expectativa de vida de los pacientes que padecen enfermedades graves han despertado interés, para evaluar cómo los servicios sanitarios pueden utilizarse mejor en los diferentes acontecimientos de la etapa final de la vida (2) y el proceso que conduce a la muerte. Pues dicho proceso, en algunos casos, genera más temor que la propia muerte (3).

Del total de la población senil española, las Islas Baleares (región geográfica a la que pertenece Ibiza) presentan el 13,84 % de los mayores de 65 años, aproximadamente un 20 % de estos viven solos y cerca de un 3 %, en residencias de ancianos (4).

Los estudios realizados en Estados Unidos revelan que entre el 23 % y el 66 % de las personas con más de 65 años fallece en hospitales de agudos, y que morir en un hospital está más estrechamente relacionado con las características del sistema local de salud que con las variables clínicas o demográficas, o incluso con las preferencias que tenía el fallecido. Los factores clínicos también pueden influir en las preferencias de pacientes y familias acerca de las decisiones al final de la vida (5).

Los problemas psicológicos que acompañan a estos pacientes en los últimos días y años de su vida, el desarrollo biopsicosocial, la etnia, las creencias religiosas y muchos otros aspectos de-

Conclusions. Since home was the preferred death place for most of the elderly, this option seems to be basically influenced by family ties and a sense of belonging, the presence of some kind of substance addiction or a largely disabling disease. With regards to the latter, an in-hospital palliative care unit was preferred.

Keywords: Attention, palliative care, home care services, death. (Source: MeSH, NLM).

INTRODUCTION

Dame Cicely Saunders founded the St. Christopher's Hospice in London in 1967, giving birth to the development of palliative care (1), medical breakthroughs and longer life expectancy for patients suffering from serious conditions. This has generated interest in assessing how health care services may better be used in the range of end-of-life events (2) and the process leading to death. In some cases, the process itself becomes more feared than death itself. (3).

Of the total population of elderly in Spain, the Balearic Islands (the geographical region where Ibiza is located) has 13.84 % of the people over 65 years of age and approximately 20 % of them live alone while around 3 % live in nursing homes (4).

Studies in the United States show that between 23 % to 66 % of the people over 65 die in acute care hospitals and dying in a hospital is closely related to the characteristics of the local health care system rather than to any clinical or demographic variables or even to the preferences of the diseased. Clinical factors may also influence the preferences of both patients and families with regards to their end-of-life decisions (5).

The psychological issues that these patients are confronted with in their last days and years of life, bio-psycho-social development, ethnicity, religious beliefs and many other factors determine how people face death and their preferences for a place to die (6).

End-of-life care requires health services and ethical and knowledgeable professionals who make decisions in accordance with the preferences of the patient and with every end-of-life

terminarán la forma de enfrentarse a la muerte y el lugar preferido para morir (6).

La asistencia al final de la vida requiere servicios sanitarios y profesionales que apliquen éticamente sus conocimientos y tomen decisiones siguiendo las preferencias del paciente en todos los aspectos relacionados con los estadios finales de la vida (6). Por esto y más, son frecuentes las preocupaciones éticas en el ámbito de los cuidados paliativos (7).

Por norma general, un adulto que esté capacitado puede decidir si acepta o rechaza un tratamiento médico, de igual forma rechaza o acepta un lugar donde prefiera morir. En ciertas ocasiones, es posible determinar algunos factores que interfieren con la capacidad de la persona, como la presencia de alcohol, drogas o toxinas metabólicas. Es sumamente importante tratar de corregir las influencias negativas transitorias sobre la capacidad del paciente, para maximizar el respeto por la autodeterminación (8).

Las preferencias por el lugar del cuidado terminal respecto a los adultos mayores es de particular importancia, debido a que la mayoría de los fallecimientos ocurre entre los 65 y los 89 años de edad (9). De otro modo, la utilización de los servicios de hospitalización a domicilio es un recurso que actualmente utilizan muchos ancianos (10); así, cambian las preferencias generales de estos pacientes, quienes convierten su hogar más que en un espacio físico, en representación de familiaridad, con la presencia de los seres queridos (11) y la posibilidad de disfrutar “una vida normal”, razón valedera para que más de la mitad de las personas con una enfermedad progresiva quieran morir en casa (12). Un ejemplo de los estudios sobre dichas preferencias es la revisión realizada en pacientes terminales de cáncer, por Gomes y Hugginson (13).

En este contexto, también parece importante la determinación de las preferencias del lugar de muerte, con el fin de establecer políticas de sanidad, no solo para ofrecer a nuestros pacientes un “buen morir”, sino para entender por qué la gente muere donde muere (14,15).

La mayoría de estos estudios se han realizado en pacientes con cáncer, y unos pocos estudios

aspect (6). This is why often there are ethical concerns within the realm of palliative care (7).

As a general rule, any able adult may decide whether to accept or reject a particular medical treatment, in the same way as he/she may reject or accept a preferred death place. Occasionally, it is possible to establish certain factors that interfere with the patient's ability, such as the use of alcohol, drugs or metabolic toxins. It is extremely important to make an attempt to correct any transient negative influences on the patient's ability so as to respect self-determination (8).

The preferences of the elderly with regards to end-of-life care are particularly important because most deaths occur between 65 and 89 years of age (9). Otherwise, medical home-care is a solution currently adopted by many elders (10). Hence, the general preferences of these patients are changing and some turn their homes into a place where they feel at ease among their beloved (11) and the possibility to enjoy a “normal life” is a valid reason for over half of the people with a progressive disease who want to die at home (12). An example of the studies about such preferences is the review of terminally ill patients with cancer by Gomes and Hugginson (13).

Determining the place of death preferences is also key to the establishment of health care policies, not just to provide our patients with a “peaceful death” experience, but also to understand why people die where they die (14,15).

Most of these studies have been accomplished in patients with cancer and a few of them have examined the factors related to the place of death in other populations (11-15).

All of these factors were considered within the socio-demographic framework of the population living in the Pitiusas Islands (Ibiza and Formentera), located to the East of the Iberian Peninsula in the Mediterranean, since their excellent climate as compared to the rest of Europe makes them an attractive shelter to people from different cultural and ethnic backgrounds,

han examinado los factores asociados con la preferencia del sitio de muerte en otro tipo de población (11-15).

Todos estos factores, valorados dentro del contexto sociogeográfico de la población de las Islas Pitiusas (Ibiza y Formentera), localizadas al este de la península Ibérica, sobre el mar Mediterráneo español, pues, debido a su excelente clima en relación con el resto de Europa, constituyen un refugio apetecido por diferentes culturas, etnias y razas, dentro de la diversidad cada vez más típica de nuestro mundo globalizado.

El área de salud de Ibiza y Formentera está formada por cinco centros de salud y dos hospitales, cuyo hospital de referencia es el Hospital Can Misses (H. C. M.), situado en Ibiza capital. El área atiende una población de 135.432 habitantes, dentro de los cuales la población mayor de 64 años, entre hombres y mujeres, asciende a 14.566 personas; de los cuales el 80 % es atendido en este hospital (16).

El objetivo principal de este estudio fue valorar, con entrevistas semiestructuradas en ancianos que consultaron o eran pacientes del H. C. M., las preferencias del lugar de muerte; se incluyeron los servicios de atención primaria, medicina interna, hospitalización a domicilio, cuidados paliativos, urgencias, oncología, unidad de cuidado intensivo, nefrología. Como objetivo secundario se analizó la influencia de diferentes factores que podían estar relacionados o potencialmente asociados con la preferencia del lugar de muerte.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal, realizado en el Hospital Can Misses de Ibiza (H. C. M.), perteneciente al área de salud de Ibiza y Formentera, entre febrero y agosto de 2009.

PARTICIPANTES

Se estudió a un grupo de pacientes con edad mayor o igual a 65 años, que consultaron a los siguientes servicios del hospital: atención primaria, medicina interna, hospitalización a domicilio, cuidados paliativos, urgencias, oncología, unidad de cuidado intensivo y nefrología; y/o el centro de atención primaria adyacente. El estudio fue aprobado por el comité de investigación

considering the typical and increasing diversity of our globalized world.

Health care services in Ibiza and Formentera are provided through five health care centers and two referral hospitals of the Can Misses Hospital (H. C. M.), located in Ibiza the capital city. They serve a population of 135.432 people, of which 14.566 is over 64 years old, including both men and women. 80 % of them are taken care of at this hospital (16).

The main objective of the study was to assess the elders who consulted or were patients at the H. C. M using semi-structured interviews to determine their preference with regards to place of death. The study included primary care, internal medicine, home care, palliative care, ER, oncology, ICU, and nephrology. The secondary objective was to analyze the influence of various factors that could be related or potentially related to a place-of-death preference.

METHODOLOGY

Descriptive cross-sectional study at the Can Misses Hospital of Ibiza (H. C. M.), which belongs to the health care system of Ibiza and Formentera, from February through August, 2009.

PARTICIPANTS

A group of patients ≥ 65 years old was considered; these patients came to the following hospital departments: primary care, internal medicine, medical home care, palliative care, ER, oncology, ICU and nephrology; and/or the adjacent primary health care center. The research committee of the educational unit of the H. C. M. approved the study. Measures were taken to ensure the secrecy and confidentiality of the participants.

SAMPLE SIZE

The estimates were that the population needed to treat was 150 patients for $\pm 8\%$ accuracy with 95% confidence intervals.

Inclusion and Exclusion Criteria

All patients aged 65 or older, living in the area of the study and who came for consultation during the specified period of time to the participating

de la unidad docente del H. C. M. Se adoptaron medidas para garantizar la intimidad y confidencialidad de todos los participantes.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para obtener una precisión en la estimación de $\pm 8\%$, con intervalos de confianza del 95 %, se estimó que serían necesarios un total de 150 pacientes.

Criterios de inclusión y exclusión de los participantes

Se incluyeron todos los pacientes con edad mayor o igual a 65 años, residentes en el área de estudio, que consultaron en el periodo de estudio en los servicios participantes y firmaron el consentimiento informado.

Se establecieron los siguientes criterios de exclusión: presencia de deterioro cognitivo moderado o severo, según el cuestionario de Pfeiffer (17), cuatro errores o más, pacientes que no hablaran español o inglés, y/o con estado general muy comprometido, valorado por Palliative Performance Status (PPS) $< 60\%$ (17).

Recogida de datos y procedimientos

El estudio se llevó a cabo entre mayo y agosto del 2009; tres médicos realizaron la recogida de datos, incluido el investigador principal; se realizaron encuestas de forma aleatoria a pacientes que consultaban y/o habían sido ingresados en los servicios del H. C. M. previamente descritos, que cumplieran criterios de inclusión y exclusión.

Se diseñó un cuestionario anónimo semiestructurado, que contenía todas las variables del estudio; este fue conducido dentro de las instalaciones del Hospital y llenado directamente por el encuestador; el tiempo promedio de la encuesta fue de 30 a 40 minutos. Se diseñó una base de datos específica para el estudio, que incluía pruebas de rangos y comprobación de los criterios de inclusión y exclusión.

VARIABLES DEL ESTUDIO

- **VARIABLES PRINCIPALES.** Preferencia del lugar de muerte: en casa, en hospital de agudos o en unidad de paliativos hospitalaria. Pregunta directa acerca de la preferencia por la

health care departments and who signed the informed consent were included.

The following exclusion criteria were adopted: moderate to severe cognitive impairment according to Pfeiffer's questionnaire (17) - four or more mistakes -; patients who did not speak Spanish or English and with an extremely impaired general condition evaluated in terms of a Palliative Performance Status (PPS) $< 60\%$ (17).

Data collection and procedures

The trial was conducted between May and August 2009; three doctors collected the data, including the main researcher. Random surveys were made to patients who came for consultation and/or had been admitted to the previously mentioned H.C.M. departments, who met the inclusion and exclusion criteria.

A semi-structured anonymous questionnaire was designed, containing all the study variables. The questionnaire was administered at the Hospital premises and was filled directly by the interviewer; the average time for the survey was 30 to 40 minutes. A specific data-base for the study was designed, including range and verification tests and control of inclusion and exclusion criteria.

Study Variables

- **Key variables.** Preferred place of death: at home, at the acute care hospital or the palliative care unit. Direct question about the patient's preference for quality palliative hospital care versus euthanasia, in case of a terminal illness.
- **Related variables.**
- **Contextual variables.** Demographic: age, gender, place of birth, and place of residence, marital status. Social and Family environment: level of education, income and household. Health care system Interactions: place where health care is provided. Toxic habits: smoking, alcohol use determined using the CAGE test for Cuttingdown, Annoyed, Guilt, Eyeopen; instrument to diagnose alcohol abuse and problems derived from cutting down on alcohol use, or for the diagnosis of alcohol abuse. Becoming upset

utilización de cuidados paliativos de calidad frente a eutanasia, frente a una enfermedad terminal.

- **VARIABLES ASOCIADAS.**
- **VARIABLES CONTEXTUALES.** Demográficas: edad, sexo, lugar de nacimiento, lugar de residencia, estado civil. Socio familiar: nivel educativo, nivel de ingresos, tipo de convivencia. Interacciones con el sistema sanitario: lugar de atención. Hábitos tóxicos: tabaquismo, alcoholismo utilizando el test CAGE, para Cuttingdown, Annoyed, Guilt, Eyeopen; instrumento para el diagnóstico de alcoholismo, problemas relacionados con la reducción de alcohol, molestarse por las críticas, sentimiento de culpa y consumo de alcohol por la mañana (17).
- **VARIABLES EMOCIONALES Y FÍSICAS.** Al evaluar síntomas subjetivos y objetivos utilizando la escala ESAS, sistema de evaluación de síntomas de Edmonton (17). Capacidad funcional utilizando la escala de Karnofsky (17), grado de dependencia utilizando la escala de Barthel (17).
- **VARIABLES ESPIRITUALES Y GRADO DE INFORMACIÓN.** Práctica o no de algún tipo de espiritualidad, y el tipo de espiritualidad practicada, tomando como referencia algún tipo de religión.

Análisis estadístico

En el análisis de los factores asociados con la preferencia del lugar de la muerte se utilizó el test χ^2 para la comparación de las variables categóricas, el t-test y la ANOVA para la comparación de las variables continuas; cuando no existía normalidad de la distribución de las variables cuantitativas se utilizó su equivalente no paramétrico, U-mann Whitney.

RESULTADOS

Análisis descriptivo

Se seleccionaron 150 pacientes, de los cuales finalmente se incluyeron en el estudio 105 (media de edad 75 ± 7 años); 58 fueron hombres (55,2 %); el 54,3 % eran casados, el 3,8 % tenían pareja de hecho, el 30,5 % eran viudos, el 10,5 % eran separados/divorciados y el 1,0 %, solteros.

as a result of criticism, sense of guilt and morning intake of alcoholic beverages (17).

- **Emotional and physical variables.** The subjective and objective symptoms were assessed using the EASS scale; the Edmonton symptoms evaluation system (17). Functional ability using the Karnofsky scale (17); level of dependency using Barthel's scale (17).
- **Spiritual variables and level of information.** Practice of some type of spiritual discipline taking as a reference any type of religion, or absence thereof.

Statistical Analysis

Analyzing the factors relating to the preference for place of death, the χ^2 Test was used to compare the categorical variables, t-test and ANOVA were used to compare the continuous variables. In the absence of a normal distribution for quantitative variables, the Mann Whitney U-test non-parametric equivalent was used.

RESULTS

Descriptive Analysis

150 patients were selected, of which 105 were finally included in the trial (mean age 75 ± 7 years); 58 were males (55.2 %); 54.3 % were married, 3.8 % had a partner, 30.5 % were widows, 10.5 % were separated/divorced and 1.0 % were single.

The patients surveyed belonged to the following areas of care: primary care (19 %), internal medicine (20 %), home care (6.7 %), palliative care (15.2 %), ER (21 %), oncology (8.6 %), ICU (1 %), nephrology (8.6 %).

The country of origin of the patients surveyed was Spain, 81.9 % and Germany, Argentina, England, France, Uruguay, Brazil, Italy, Morocco, Paraguay, Rumania, for the remaining 19.1 %.

With regards to income levels, the people surveyed stated that it was high in 13.3 %: enough, 80.0 %; Insufficient, 3.8 %; and don't know/didn't answer 1.9 %.

Los pacientes encuestados pertenecían a los siguientes servicios: atención primaria (19 %), medicina interna (20 %), hospitalización a domicilio (6,7 %), cuidados paliativos (15,2 %), urgencias (21 %), oncología (8,6 %), unidad de cuidado intensivo (UCI) (1 %), nefrología (8,6 %).

El país de origen de los encuestados fue España en 81,9 % y Alemania, Argentina, Inglaterra, Francia, Uruguay, Brasil, Italia, Marruecos, Paraguay, Rumania, en el 19,1 % restante.

Con respecto al nivel de ingresos, los encuestados refirieron que era elevado (13,3 %), suficiente (80,0 %), insuficiente (3,8 %) y no sabe/no contesta (1,9 %)

Con respecto al nivel educativo, eran analfabetos un 28,6 %, y referían nivel primaria (40,0 %), educación especial (6,7 %), educación general básica (5,7 %), bachillerato unificado (4,8 %), formación profesional (1,9 %), título medio (6,7 %), educación superior (5,7 %), el tipo de convivencia se presenta en la tabla 1.

Preferencia del lugar de la muerte

Morir en casa, con un 67,6 % (IC 95 %:58,6-76,6), resultó ser el lugar de muerte preferido por los encuestados; el 6,7 % (IC 95 %:1,9-11,5) preferiría un hospital de agudos, y el 25,7 % (IC 95 %:17,3-34,1) preferiría una unidad de cuidados paliativos. De los encuestados, el 99 % refirieron el deseo de la utilización de los cuidados paliativos, y sólo 1 (1 %) refirió que desearía optar por la eutanasia en su momento.

El 68 % de los encuestados eran fumadores y en el 27 % había sospecha de dependencia alcohólica. Practicaban espiritualidad el 68,7 %, de los cuales 63,9 % eran católicos, el 3,8 % eran protestantes y el 1,0 %, musulmanes.

Referente a la capacidad funcional de los entrevistados (medida por el índice de Karnofsky), encontramos que la media era de 80, y en el grado de dependencia valorado por escala de Barthel, de 70. Los síntomas más valorados por los pacientes en la escala ESAS fueron: 1. dolor, media de $3,75 \pm 1,74$; 2. cansancio, media de $2,73 \pm 2,10$; 3. apetito, media de $3,20 \pm 2,31$; 4. bienestar, media de $3,04 \pm 2,22$; 5. insomnio, media de $3,54 \pm 1,73$.

In terms of education, 28.6 % were illiterate, 40 % had completed elementary education, Special Education 6.7 %; General Basic Education 5.7 %; High-school 4.8 %, Professional Training 1.9 %; Technical degree 6.7 %; Higher Education 5.7 %. The household characteristics are shown in Table 1.

Table 1. Household characteristics

Tabla 1. Convivencia

	Frequency / Frecuencia	Percentage / Porcentaje
Alone / Solo	7	6.7 %
Nuclear family / Familia nuclear	82	78.1 %
Family of origin / Familia de origen	1	1.0 %
Other relatives / Otros familiares	10	9.5 %
No relatives / No tiene familiares	5	4.8 %
Total / Total	102	100.0 %

Fuente: Autores

Source: Authors

Preference for Place of Death

Dying at home, 67.6 % (95 % CI: 58.6-76.6) was the preferred place of death by the people surveyed; 6.7 % (95 % CI: 1.9 - 11.5) preferred an acute care hospital and 25.7 % (95 % CI: 17.3 - 34.1) preferred a palliative care unit. Of the people surveyed, 99 % expressed their desire to use palliative care and only 1 (1 %) said he would rather choose euthanasia.

68 % of the people surveyed were smokers and 27 % were alcohol abuse suspects. 68.7 % were religious and of these 63.9 % were Catholics, 3.8 % were Protestants and 1.0 % Muslims.

According to Karnofsky Score, the mean functional ability of the interviewed was 80 and the level of dependency according to Barthel Scale was 70. The most valued symptoms by patients in the ESAS Scale were: 1. pain, mean 3.75 ± 1.74 ; 2. Fatigue, mean 2.73 ± 2.10 ; 3. Appetite, mean 3.20 ± 2.31 ; 4. Well-

Análisis de factores asociados

No se encontró relación entre la preferencia del lugar de fallecimiento y el sexo o estado civil de los pacientes encuestados.

Significativos estadísticamente

- **Tipo de convivencia.** De los que vivían solos, el 71,4 % preferiría morir en una unidad de cuidados paliativos hospitalaria, y un 28,6 %, en casa. De los que vivían con familia, el 75,9 % preferirían morir en casa; el 19,3 %, en unidad de paliativos hospitalaria, y el 4,8 %, en un hospital de agudos. Entre los que vivían con otros familiares, el 50,0 % preferirían la casa; el 40,0 %, una unidad de cuidados paliativos hospitalaria, y el 10,0 %, un hospital de agudos. De los que vivían con no familiares, el 40,0 % preferirían una unidad de cuidados paliativos hospitalaria; el 40,0 %, un hospital de agudos, y el 20,0 %, en casa ($p < 0,05$).
- **Residencia.** El 79,5 % de los nacidos en Ibiza preferirían morir en casa; el 15,1 %, en unidad de cuidados paliativos hospitalaria, y el 5,5 %, en un hospital de agudos. De los residentes en Ibiza, el 50,0 % preferirían morir en una unidad de cuidados paliativos hospitalaria; el 40,6 %, en casa, y el 9,4 %, en hospital de agudos ($p < 0,05$).
- **Espiritualidad.** Entre quienes presentan algún tipo de espiritualidad, el 74,6 % preferirían la casa como lugar de muerte; el 22,4 %, una unidad de cuidados paliativos hospitalaria, y el 3,0 %, un hospital de agudos. Para quienes no reportan ninguna espiritualidad, el 54,1 % preferirían morir en casa; el 32,4 %, en una unidad de cuidado paliativo hospitalaria, y el 13,5 %, en hospital de agudos ($p < 0,05$).
- **Modalidad de atención.** Entre los pacientes de atención primaria, el 80,0 % preferirían morir en casa, y el 20,0 %, en una unidad de cuidados paliativos hospitalaria. De medicina interna, el 57,1 % preferirían morir en casa; el 38,1 %, en una unidad de cuidados paliativos hospitalaria, y el 4,8 %, en un hospital de agudos. Entre los entrevistados de hos-

being, mean 3.04 ± 2.22 ; 5. Insomnia, mean 3.54 ± 1.73 .

Analysis of related factors

There was no relationship between the preference for the place of death and sex or marital status of the patients surveyed.

Statistically Significant

- **Type of Household.** Of those who lived alone, 71.4 % preferred dying in a hospital palliative care unit and 28.6 %, preferred dying at home. Of those who lived with their families, 75.9 % preferred dying at home; 19.3 %, at a hospital palliative care unit and 4.8% preferred an acute care hospital. Among those living with other relatives, 50.0 % preferred dying at home, 40.0 in a hospital palliative care unit and 10.0 % in an acute care setting. Of those who lived with non-relatives, 40.0 % preferred a hospital palliative care unit; 40.0 %, an acute care setting and 20.0 % preferred dying at home ($p < 0.05$).
- **Residence.** 79.5 % of the people born in Ibiza preferred dying at home; 15.1 % in a hospital palliative care unit and 5.5 % in an acute care setting. Of all the Ibiza residents, 50.0 % preferred dying in a hospital palliative care unit; 40.6 % at home and 9.4 % in an acute care hospital ($p < 0.05$).
- **Spirituality.** Among those who practiced a religion, 74.6 % preferred dying at home; 22.4 % preferred a hospital palliative care unit and 3.0 % an acute care hospital. For those who didn't report religious practices, 54.1 % preferred dying at home; 32.4 % preferred a hospital palliative care unit and 13.5 % preferred the acute care setting ($p < 0.05$).
- **Modality of Care.** Among the primary care patients, 80 % preferred dying at home and 20.0 % preferred a hospital palliative care unit. Among the internal medicine patients, 57.1 % preferred dying at home; 38.1 % preferred a hospital palliative care unit and 4.8 % preferred an acute care setting.

pitalización a domicilio, el 100 % preferirían morir en casa; de los pacientes de paliativos domiciliarios, el 50,0 % preferirían morir en casa, y otro 50,0 %, en unidad de paliativos hospitalaria. De los pacientes de urgencias, el 86,4 % preferirían morir en casa; el 9,1 %, en una unidad de cuidados paliativos hospitalaria. De los entrevistados en oncología, el 77,8 % preferirían la casa, y el 22,2 %, una unidad de cuidados paliativos hospitalaria. Entre los pacientes de la unidad de cuidado intensivo, el 100 % preferirían morir en una unidad de cuidado paliativo hospitalaria. De los entrevistados en nefrología, el 22,2 % preferirían su casa; el 55,6 %, el hospital de agudos, y el 22,2 %, una unidad de cuidados paliativos hospitalaria ($p < 0,05$).

- **Tabaquismo.** El 47,1 % de los fumadores preferirían morir en casa, frente a un 77,5 % de los no fumadores. Morir en una unidad de cuidados paliativos hospitalaria fue preferencia del 44,1 % de los fumadores, en comparación con el 16,9 % de los no fumadores; el 8,8 % de los fumadores preferirían morir en un hospital de agudos, frente a 5,6 % para los no fumadores ($p < 0,05$).
- En la asociación entre alcoholismo y preferencia del lugar de muerte encontramos que los no dependientes de alcohol tuvieron una preferencia del (75,0 %) para morir en casa, en comparación con los de sospecha de dependencia y los de posible dependencia, con un 52,0 % y 33,3 %, respectivamente. Morir en una unidad de cuidados paliativos hospitalaria fue preferencia del 18,4 % de los no dependientes y del 44,0 % y 33,3 % de los de sospecha de dependencia y posible dependencia, respectivamente. Morir en un hospital de agudos fue preferencia del 33,3 % entre los de posible dependencia, del 6,6 % para los no dependientes y del 4,0 % entre los de sospecha de dependencia ($p < 0,05$).
- **El nivel educativo.** Los analfabetos, en un 80,0 % preferían morir en casa; 3,3 %, en un hospital de agudos, y un 16,7 %, en una unidad de cuidados paliativos hospitalaria. Los que reportaron educación especial prefirieron, en un 42,9 %, morir en casa;

Among the home-care interviewees, 100 % preferred dying at home; of the patients receiving palliative care at home, 50.0 % preferred dying at home and 50.0 % preferred hospital palliative care. With regards to ER patients, 86.4% preferred dying at home; 9.1 %, in a hospital palliative care unit. Of the cancer patients interviewed, 77.8 % preferred dying at home, 22.2 % preferred a hospital palliative care unit. Among the intensive care unit patients, 100 % preferred dying in a hospital palliative care unit. Of the nephrology patients interviewed, 22.2 % preferred dying at home; 55.6 %, in the acute care hospital and 22.2 % preferred a hospital palliative care unit ($p < 0.05$).

- **Cigarette Smoking.** 47.1 % of smokers preferred dying at home, as compared to 77.5 % of the non-smokers. Dying in a hospital palliative care unit was preferred by 44.1 % of smokers, against 16.9 % of the non-smokers; 8.8 % of the smokers preferred dying in an acute care setting, versus 5.6 % of the non-smokers ($p < 0.05$).
- The association between alcoholism and preference for the place of death showed that the non-drinkers preferred dying at home (75.0 %) as compared to those in whom there was a suspicion of probable alcohol dependency with 52.0 % and 33.3 %, respectively. Dying in a hospital palliative care unit was preferred by 18.4 % of the non-drinkers and by 44.0 % and 33.3 % of the suspects and probable dependency, respectively. Dying in an acute care setting was preferred by 33.3 % of those with probable dependency; by 6.6 % of the non-dependent drinkers and by 4.0 % of those suspected of alcohol dependency ($p < 0.05$).
- **Level of Education.** 80.0 % of the illiterates preferred dying at home; 3.3 % preferred an acute care setting and 16.7 % preferred a hospital palliative care unit. Of those who reported special education, 42.9 % preferred dying at home; 28.6 % preferred an acute care setting and

en un 28,6 %, en un hospital de agudos, y en un 28,6 %, en una unidad de cuidados paliativos hospitalaria. Los que tenían educación primaria preferían morir en casa, un 72,9 %; en un hospital de agudos, el 8,3 %, y en una unidad hospitalaria de cuidados paliativos, un 18,8 %. Los que tenían educación secundaria reportaron las siguientes preferencias: 71,4 %, en casa; 28,6 %, en una unidad de cuidados paliativos hospitalaria, y 0 %, en un hospital de agudos. Los universitarios reportaron lo siguiente: 69,2 % preferían una unidad de cuidados paliativos hospitalaria; un 30,8 %, en casa, y un 0 %, en un hospital de agudos ($p < 0,05$).

- Respecto a la funcionalidad, los que preferían morir en casa tenían un índice de Karnofsky y un registro en la escala de Barthel más elevados, respecto a los que preferían morir en una unidad de paliativos o un hospital de agudos ($p < 0,05$).

Existían diferencias significativas entre los síntomas expresados, según la preferencia del lugar de fallecimiento. En general, a mayor “carga” sintomática, menor preferencia por fallecer en domicilio (tablas 2 y 3). El dolor y el insomnio como variables no tuvieron significancia estadística.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio muestra que, a pesar de que la mayoría de las personas entrevistadas (67,6 %) preferirían su casa como lugar de muerte, cuando estas presentan alguna enfermedad crónica, toxicomanía y/o algún tipo de desarraigo sociofamiliar, terminan optando por un centro sanitario.

Ninguno de nuestros entrevistados optó por la eutanasia como modo de finalización de vida, y el 100 % refirió su deseo de tener unos cuidados paliativos en su momento terminal de vida.

El tipo de convivencia y la preferencia por el lugar de muerte fue significativa y nos mostró que cuanto más solos y alejados estén de su familia o raíces familiares, las personas entrevistadas prefieren las unidades de cuidados paliativos intrahospitalarios y hospitales de agudos, en comparación con las personas que viven con familiares y un apego social mayor, lo cual es acorde con estudios previos (3,5,12,13,15,18).

28.6 % preferred a hospital palliative care unit. Of those with elementary education, 72.9 % preferred dying at home; 8.3 % preferred an acute care setting and 18.8 % a hospital palliative care unit. The preferences for those with high-school education were: 71.4 % at home; 28.6 %, in a hospital palliative care unit and 0 % in an acute care hospital setting. University graduates reported as follows: 69.2 % preferred a hospital palliative care unit; 30.8 % preferred dying at home and 0 % an acute care hospital setting ($p < 0.05$).

- With regards to functionality, those who preferred dying at home had a higher Karnofsky score and a higher Barthel Scale rating versus those who preferred dying in a palliative care unit or an acute care setting ($p < 0.05$).

There were significant differences among the symptoms reported depending on the place of death preference. Overall, the higher the symptomatic “burden” the lower the preference to die at home (tables 2 and 3). Pain and insomnia were not statically significant variables.

DISCUSSION

Our study indicates that despite the fact that most of the people interviewed (67.6 %) preferred dying at home, whenever there were chronic diseases, abuse of illicit substances and/or any social-family disruptions, the patients preferred a health care center.

None of our interviewees chose euthanasia as a way to end their lives and 100 % expressed their desire to receive palliative care at their end-of-life stage.

The type of household and the preference for the death place was significant and showed that the lonelier and more separated from their families, the people interviewed preferred in-hospital palliative care and acute care settings, as compared to those who live with their families and have stronger social bonds. These results are consistent with previous studies (3,5,12,13,15,18).

Tabla 2. Capacidad funcional y grado de dependencia según preferencia por el lugar de muerte**Table 2.** Functional Ability and Level of Dependency Based on Preference for Place of Death

Escala / Scale	Preferencia / Preference	N	Media / Mean	Desviación típica / Standard Deviation	Error típico / Standard Error
Karnofsky	En casa / At home	71	79,58	14,085	1,672
	En hospital / In hospital	7	57,14	17,043	6,442
	Paliativos / Palliative	27	71,48	16,572	3,189
Barthel	En casa / At home	71	82,39	17,482	2,075
	En hospital / In hospital	7	65,00	16,583	6,268
	Paliativos / Palliative	27	76,48	21,295	4,098

Fuente: Autores

Source: Authors

En referencia al lugar de residencia y el lugar de muerte, encontramos que los nacidos en Ibiza y residentes allí se inclinaron más por la muerte en casa, en comparación con los únicamente residentes, pero no nacidos en Ibiza, quienes optaron más por una institución sanitaria. Esto sugiere la importancia que tiene el arraigo familiar, las relaciones sociales y familiares, en las fases terminales de la vida (14,15,18,19).

Según la revisión realizada por Gruenewald y colaboradores (8), refieren que en comparación con los ancianos americanos, para los europeos la proximidad de la muerte era un llamado a la acción. La conciencia de la enfermedad terminal les impulsaba a vivir al máximo el tiempo que les quedaba de vida; los de origen americano, por su parte, en esta etapa esperan la “vida después de la vida”. Sin embargo, los espirituales presentaban mejor aceptación de la muerte y un escaso miedo a la agonía.

La relación entre la modalidad de atención y la preferencia por el lugar de la muerte, sugiere un comportamiento diferente de acuerdo con el sitio donde consulta. Los pacientes de medicina interna, nefrología, UCI, portadores posiblemente de enfermedades crónicas graves, con múltiples ingresos en el hospital, preferirían un hospital de agudos o una unidad de cuidados paliativos hospitalaria, por ejemplo.

Esto nos llevó a considerar que cada uno de los entrevistados usó su preferencia de acuerdo con la autonomía que sentía para estar en casa. Este

With reference to the place of residence, the results showed that those who were born in Ibiza and lived there tended to prefer dying at home, whilst those who lived but were not born in Ibiza preferred a health care institution. This points to the importance of family bonds, social and family relations at the end-of-life stages (14,15,18,19).

According to the review by Gruenewald et al. (8), the Europeans as compared to the American elders when facing near-death situation was a call for action. The awareness of a terminal illness moved them to want to enjoy life as best as possible in the time left; Americans on the other hand have “after life” expectations. However, those who practiced a religion had better acceptance for death and little fear of agony.

The relationship between the care modality and the preference for place of death suggests a different behavior depending on the type of patients. For instance, internal medicine, nephrology and ICU patients, probably afflicted with serious chronic illnesses and multiple hospital admissions, preferred an acute care setting or a hospital palliative care unit.

This led us to believe that the preference expressed by the interviewees depended on the autonomy they enjoyed to be at home. This result was very similar to the findings by Fried et al., who found a non-significant difference between home and hospital (9), but significant in terms

Tabla 3. Medias de la puntuación para cada síntoma según preferencia de lugar de muerte, bajo el Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS)

Table 3. Symptom Scores based on preference for place of death according to Edmonton Symptoms Assessment System (ESAS)

Síntoma / Symptom	Preferencia / Preference	N	Media / Mean	Desviación típica / Standard Deviation	Error típico / Standard Error
Dolor / Pain	En casa / At home	71	3,63	1,90	0,22
	En hospital / In hospital	7	3,00	1,41	0,53
	Paliativos / Palliative	27	4,26	1,22	0,23
Cansancio / Fatigue	En casa / At home	71	2,18	1,97	0,23
	En hospital / In hospital	7	4,29	1,97	0,74
	Paliativos / Palliative	27	3,78	1,90	0,36
Depresión / Depression	En casa / At home	71	1,28	1,70	0,20
	En hospital / In hospital	7	4,14	2,41	0,91
	Paliativos / Palliative	27	2,59	2,15	0,41
Ansiedad / Anxiety	En casa / At home	71	0,87	1,41	0,16
	En hospital / In hospital	7	1,86	1,34	0,50
	Paliativos / Palliative	27	2,15	1,95	0,37
Somnolencia / Somnolence	En casa / At home	71	,52	1,27	0,15
	En hospital / In hospital	7	2,43	1,90	0,71
	Paliativos / Palliative	27	1,52	1,71	0,33
Apetito / Appetite	En casa / At home	71	2,83	2,40	0,28
	En hospital / In hospital	7	4,57	1,27	0,48
	Paliativos / Palliative	27	3,81	2,05	0,39
Bienestar / Wellbeing	En casa / At home	71	2,53	2,15	0,25
	En hospital / In hospital	7	5,57	1,27	0,48
	Paliativos / Palliative	27	3,70	1,99	0,38
Disnea / Dyspnea	En casa / At home	71	1,44	1,94	0,23
	En hospital / In hospital	7	3,86	1,34	0,50
	Paliativos / Palliative	27	2,59	1,92	0,37
Insomnio / Insomnia	En casa / At home	71	3,39	1,85	0,22
	En hospital / In hospital	7	4,14	1,67	0,63
	Paliativos / Palliative	27	3,78	1,39	0,26

Fuente: Autores
 Source: Authors

resultado fue muy similar a lo encontrado por Fried y colaboradores, quienes hallaron una diferencia no significativa entre la casa y el hospital (9), pero significativa según la respuesta que tuviese cada paciente a determinada enfermedad.

Referente a la asociación tabaquismo y/o alcoholismo con la preferencia del lugar de muerte, ambas variables tuvieron un comportamiento similar. Estas personas prefieren morir en una institución sanitaria, tal vez porque han tenido sintomatología más frecuente relacionada con sus toxicomanías. Al respecto Terri R. Fried *et al.* reportan el riesgo de morir ahogados estos pacientes (9,20) En este estudio, un tercio de los participantes cambió su preferencia de acuerdo a la forma cómo se recuperaban de las enfermedades crónicas que padecían.

Los sujetos con mayor nivel educativo presentaron mayor preferencia por el lugar de muerte en una institución que les brindase cuidados paliativos, tal vez porque tienen acceso a mayor información sobre su utilidad. Posiblemente, la falta de información, sumado a las dificultades de pacientes, familiares y médicos para enfrentarse y debatir la muerte, siguen siendo las razones fundamentales de la infrautilización de los cuidados paliativos, como lo reportan Fine y Davis en su revisión (21).

Al comparar nuestros resultados con las publicaciones al respecto, encontramos que la mayoría se basa en pacientes con enfermedad terminal por cáncer (10,13,19), son retrospectivos y/o basados en la perspectiva de los cuidadores de esos últimos días (5,8,9,15,22,23) en contraste con este estudio, realizado en una población general de personas mayores que acude a diferentes servicios de un hospital general de referencia.

La importancia de nuestro trabajo se basa en la realización de un trabajo original aplicado en una población multicultural, muy típica del entorno Mediterráneo. Sin embargo, encontramos similitudes en los resultados; así, la casa es el lugar de muerte preferido por los entrevistados, con más del 60 % de preferencia, pero no es el mejor "lugar para morir", pues depende mucho del estado de salud del paciente, del apoyo que aporte el sistema de salud a estos pacientes y de las características específicas que rodean a cada persona (9,18,20).

of the the patient's response to a particular disease.

With regards to the association of cigarette smoking and/or alcohol abuse and preference for place of death, both variables exhibited a similar behavior. These people prefer dying in an institution, probably because they have experienced more frequent symptoms related to their smoking/alcohol abuse practices. In this regard, Terri R. Fried *et al.* reports the risk these patients face of choking to death (9,20). In this study, one third of the participants changed their preference depending on the way they recovered from their chronic illnesses.

People with higher levels of education showed a preference for dying in an institution that could provide them with palliative care, probably because they are more knowledgeable about its benefits. Probably the lack of information, in addition to the difficulties experienced by patients, family and doctors to sit down and discuss death, are still the basic reasons for the underutilization of palliative care, as reported by Fine and Davis's review (21).

When comparing our results against other publications on the same topic, most of them are based on terminal cancer patients (10,13,19), are retrospective studies and / or based on the care-takers perspective about these final days (5,8,9,15,22,23); in contrast, this study was done on a general population of elderly patients consulting various departments of a general referral hospital.

The importance of our work lies on the fact that it an original paper using a multicultural population that is quite typical of the Mediterranean environment. There were however similarities in the results; for instance, home is the preferred place of death for the interviewees, with over 60% preference. But this is not the best "place to die" since that depends very much on the patients health condition and the support provided by the health care system to these patients, in addition to the specific individual characteristics (9,18,20).

Nuestro estudio sugiere que las personas con mayor compromiso físico y emocional, menor índice de Karnofsky, menor índice de Barthel, con convivencias fuera de su núcleo familiar y/o con alguna sintomatología que los pudiese llevar a consultar más frecuentemente a una institución sanitaria, optarían por esta, en lugar de su casa. Numerosos estudios serios muestran que, a pesar de que la elección elevada por morir en casa sea alta, solo algunos pocos terminan muriendo en ella (18).

Las personas en nuestro estudio con síntomas emocionales como depresión y ansiedad se inclinaron por la muerte en una institución sanitaria; suponemos que ello se debe a que estas personas son más vulnerables a consultar y necesitar la ayuda profesional al respecto, lo cual está acorde con la importancia del profesional de salud mental en el cuidado del paciente terminal, como lo reportan Gibson y colaboradores en su revisión (3).

LIMITACIONES

La principal limitación del estudio está determinada porque no es una población representativa de la población general. En primer lugar, porque se trata de una muestra de población que presentaba alguna patología. En segundo lugar, porque se trata de un estudio realizado en una comarca muy determinada, cuyos resultados no pueden extrapolarse al conjunto de la población española. La población seleccionada no es representativa de la población general de los habitantes del Mediterráneo y mucho menos de la población española.

RECOMENDACIONES

Se deben realizar más estudios al respecto, con mayor cantidad de participantes y durante más tiempo, con el fin de dar cobertura a la mayor cantidad de variables asociadas con la decisión del sitio de muerte.

Los servicios sociosanitarios deben tomar en cuenta todas las preferencias y preparar el medio para prestar la cobertura total al paciente terminal, al dedicar recursos a los ancianos, que, según las estadísticas, irán en aumento.

AGRADECIMIENTOS

Aina Yáñez, Ph. D., técnica de salud, soporte de la unidad docente del área de salud de Ibiza y Formentera.

Our study suggests that people with greater physical and emotional involvement, lower Karnofsky scores, lower Barthel scores, who don't live with their families and/or with symptoms that may imply frequent visits to a health care institution, may prefer a hospital setting rather than home. Numerous serious studies show that notwithstanding the high preference for dying at home, only a few patients finally die at home (18).

The participants in our study that experienced emotional symptoms such as depression and anxiety preferred dying in a health care environment. Our assumption is that these people are more prone to seek and need professional assistance. This stresses the role of the mental health professional when taking care of a terminal patient, as reported in the review by Gibson *et al.* (3).

LIMITATIONS

The main limiting factor in the study is that it was not a representative sample of the general population. Firstly because the sample exhibited some kind of pathology; secondly, because the study was developed in a very particular geographical region and the results cannot be extrapolated to the Spanish population as a whole. The sample chosen is not a representative sample of the Mediterranean population in general and much less of the Spanish population at large.

RECOMMENDATIONS

Additional studies, with a larger number of participants and longer time frames are needed so as to include as many variables as possible related to the decision about the place of death.

Social and health care services should consider all preferences and be prepared to provide total coverage to the terminally ill patient when assigning resources to the elderly, as statistics show that this is an increasingly growing population.

ACKNOWLEDGMENTS

Aina Yáñez, Ph. D., health care technician, assistant to the Health Care Education Department of Ibiza and Formentera.

REFERENCES

1. Kim A, Fall P, Wang D. Palliative care: optimizing quality of life. *J Am Osteopath Assoc.* 2005;105: S9-14.
2. Rabow MW, Hardie GE, Fair JM, et al. End-of-life care content in 50 textbooks from multiple specialties. *JAMA.* 2000;283:771-8.
3. Gibson CA, Lichtenthal W, Berg A, et al. Aspectos psicológicos de los cuidados paliativos. *Anesthesiology Clin N Am.* 2006;24:61-80.
4. Díez-Cascón González P, Sisó Almirall A. Atención urgente al paciente anciano en atención primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(Supl. 2):48-54.
5. Ramón I, Alonso J, Subirais E, et al. El lugar de fallecimiento de las personas ancianas en Cataluña. *Rev Clin Esp.* 2006;206:549-55.
6. Cohen J, Bilsen J, Fischer S, et al. End-of-life decision-making in Belgium, Denmark, Sweden and Switzerland: does place of death make a difference? *J Epidemiol Community Health.* 2007;61:1062-8.
7. Demme RA, Singer EA, Greenlaw J, et al. Aspectos éticos en los cuidados paliativos. *Anesthesiology Clin N Am.* 2006;24:129-44.
8. Gruenewald DA, White EJ. La experiencia de la enfermedad en los ancianos cerca del final de su vida: una revisión sistemática. *Anesthesiology Clin N Am.* 2006;24:163-80.
9. Fried TR, van Doorn C, O'Leary JR, et al. Older persons' preferences for site of terminal care. *Ann Intern Med.* 1999;131:109-12.
10. Tang ST. Influencing factors of place of death among home care patients with cancer in Taiwan. *Cancer Nurs.* 2002;25:158-66.
11. Wachterman MW, Sommers BD. The impact of gender and marital status on end-of-life care: evidence from the National Mortality Follow-Back Survey. *J Palliat Med.* 2006;9:343-52.
12. Vig EK, Davenport NA, Pearlman RA. Good deaths, bad deaths, and preferences for the end of life: a qualitative study of geriatric outpatients. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:1541-8.
13. Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ.* 2006;332:515-21.
14. Lin HC, Lin YJ, Liu TC, et al. Urbanization and place of death for the elderly: a 10-year population-based study. *Palliat Med.* 2007;21:705-11.
15. Cohen J, Bilsen J, Hooft P, et al. Dying at home or in an institution using death certificates to explore the factors associated with place of death. *Health Policy.* 2006;78:319-29.
16. Área de Salut d'Eivissa i Formentera, Memoria 2008, Servei de Salut de les Illes Balears, Govern de les Illes Balears, Conselleria de Salut i Consum.
17. Porta J, Gómez Batiste X, Tuca A. Manual: Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. 2ª ed. Madrid: Arán Ediciones; 2008. Cap. 16. Apéndice III: Instrumentos de evaluación. pp. 353-62.
18. Temkin-Greener H, Mukamel DB. Predicting place of death in the program of all-inclusive care for elderly (PACE): participant versus program characteristics. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:125-35.
19. Aabom B, Kragstrup J, Vondeling H, et al. Population-based study of place of death of patients with cancer: implications for GPs. *Br J Gen Pract.* 2005;55: 684-9.
20. Fried TR, van Doorn C, Tinetti ME, et al. Older persons' preferences for site of treatment in acute illness. *J Gen Intern Med.* 1998;13:522-7.
21. Fine PG, Davis M. Centros de cuidados paliativos: asistencia integral en la fase terminal. *Anesthesiology Clin N Am.* 2006;24:181-204.
22. Teno JM, Clarridge BR, Casey V, et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA.* 2004;291:88-93.
23. Brazil K, Howell D, Bedard M, et al. Preferences for place of care and place of death among informal caregivers of the terminally ill. *Palliat Med.* 2005;19: 492-9.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Financiación: Recursos propios de los autores.