



UNIVERSITAT
JAUME·I

La comunicación con el paciente en fase terminal y su familia

Memoria presentada para optar al título de Graduado o Graduada en
Enfermería de la Universitat Jaume I presentada por **Eva Martínez
Bagant** en el curso académico 2020-2021.

Este trabajo ha sido realizado bajo la tutela de **Miguel Jesús
Rodríguez Arrastia**.

[01/06/2021]

Solicitud del alumno/a para el depósito y defensa del TFG

Yo, **Eva Martínez Bagant**, con NIF **53793886Z**, alumna de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, expongo que durante el curso académico **2020-2021**.

- He superado al menos 168 créditos ECTS de la titulación
- Cuento con la evaluación favorable del proceso de elaboración de mi TFG.

Por estos motivos, solicito poder depositar y defender mi TFG titulado “La comunicación con el paciente en fase terminal y su familia”, tutelado por el profesor **Miguel Jesús Rodríguez Arrastia**, defendido en **castellano**, en el período de **01 de junio, 2020**

Firmado:

Castellón de la Plana, 1 de junio de 2021

Agradecimientos

No puedo empezar este apartado de otra manera que no sea agradeciendo de corazón a mi tutor por su gran implicación y ayuda a lo largo de la elaboración de mi trabajo. Ha sido uno de los profesores más competentes e innovadores que he tenido a lo largo del grado y estoy muy contenta de haber podido compartir esta última etapa con él.

A mi familia, por su apoyo incondicional en cada objetivo que me he propuesto y en los obstáculos que se han puesto en mi camino, sobre todo en los momentos más complicados por animarme a no tirar la toalla y luchar por mis sueños.

A mis compañeras y grandes amigas de esta promoción, por compartir conmigo conocimientos, llantos, alegrías, pero especialmente su dedicación y amor por la enfermería.

No quiero dejarme sin mencionar a Marina Martínez que, aunque no haya podido terminar esta etapa junto a nosotras es una persona muy fuerte y luchadora que conseguirá lo que se proponga y siempre será una persona muy importante para mí.

Finalmente quiero agradecer a la universidad por haberme ofrecido la posibilidad de realizar el 3º curso en Parma, simplemente ha sido el mejor año de la carrera y me ha regalado experiencias y personas increíbles que nunca olvidaré.

“Algunos profesionales te informan, pero no te comunican, te oyen, pero no te escuchan y te atienden, pero no te acompañan”.

Albert Jovell

Índice

1.	Introducción	1
2.	Objetivos	2
2.1	Objetivo general	2
2.2	Objetivos específicos	3
3.	Metodología.	3
3.1	Diseño.....	3
3.2	Pregunta de investigación.....	3
3.3	Estrategia de búsqueda.	4
3.4	Bases de datos consultadas	5
3.5	Criterios de inclusión.....	6
3.6	Criterios de exclusión	6
3.7	Evaluación de calidad metodológica.	6
3.8	Cronograma	8
4.	Resultados	9
4.1	Resultados de la búsqueda.....	9
4.2	Características de los artículos incluidos.....	11
4.2.1	Artículos según base de datos	11
4.2.2	Artículos según el tipo de estudio.	11
4.2.3	Artículos según el año de publicación.....	12
4.2.4	Artículos según el país de publicación.	13
4.2.5	Relación de los artículos según el objetivo de estudio.....	14
5.	Discusión.....	19
5.1	Barreras de comunicación en la atención al enfermo terminal.....	19
5.2	Impacto de una comunicación inadecuada en la atención al final de la vida.	21

5.3	Herramientas y estrategias para mejorar la comunicación en cuidados paliativos...	22
5.4	Limitaciones y futuras líneas de investigación.....	23
6.	Conclusión.....	23
7.	Referencias bibliográficas	24
8.	Anexos.....	30

Índice de tablas

Tabla 1. Formulación pregunta de investigación con estructura PIO.	4
Tabla 2. Lenguaje natural y controlado utilizado en las estrategias de búsqueda.....	4
Tabla 3. Estrategias de búsqueda planteadas para cada base de datos consultada.....	5
Tabla 4. Cronograma para cada uno de los apartados del trabajo planteado	8
Tabla 5. Relación de artículos localizados	9
Tabla 6. Artículos analizados	14
Tabla 7. Análisis metodológico de artículos localizados mediante la herramienta CASPe.....	30
Tabla 8. Análisis metodológico de artículos localizados mediante la herramienta STROBE .	31

Índice de figuras

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de los artículos incluidos	10
Figura 2. Número de artículos seleccionados en función de la base de datos.....	11
Figura 3. Número de artículos seleccionados en función del tipo de estudio	12
Figura 4. Número de artículos seleccionados en función de su año de publicación.	13
Figura 5. Número de artículos seleccionados en función del país de publicación.....	13
Figura 6. Consecuencias producidas a una comunicación inadecuada	21

Resumen

Introducción: La muerte sigue siendo un tema tabú en la sociedad, dificultando la comunicación de malas noticias y la relación con el profesional sanitario. Este déficit en el proceso comunicativo al final de la vida constituye un elemento definitorio en los cuidados que se ofrecen actualmente al paciente durante el transcurso de su enfermedad, siendo necesario desarrollar estrategias para conseguir una comunicación eficaz que lleve a un mayor bienestar y dignidad en el enfermo terminal y su familia durante los últimos días de su vida.

Objetivo: Sintetizar la evidencia científica sobre el papel de la comunicación en el área de cuidados paliativos.

Metodología: Se trata de una revisión integradora de la literatura a través de las bases de datos PubMed, Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Scielo y CINAHL. Se utilizaron filtros de idioma y de disponibilidad de texto, así como las herramientas CASPe y STROBE para poder evaluar la calidad metodológica de los artículos localizados.

Resultados: Usando las estrategias de búsqueda acordadas, inicialmente se obtuvo un total de 825 artículos. Después de eliminar duplicados, aplicar la lectura de título, resumen y aplicar los criterios de selección, se incluyeron un total de 26 artículos para su análisis cualitativo.

Conclusión: La comunicación en la atención al final de la vida supone una herramienta terapéutica fundamental y necesaria en el cuidado, creando un vínculo más estrecho y fortalecido entre el profesional, el paciente terminal y sus familiares. Así pues, resulta necesario que los profesionales sanitarios desarrollen y mejoren habilidades de comunicación y competencias emocionales durante su formación, así como un equipo multidisciplinar para trabajar de forma coordinada y permitir que se proporcione una respuesta humana al sufrimiento del enfermo y su familia.

Palabras clave: Barreras en la comunicación; Cuidados paliativos; Enfermedad terminal; Familia.

Abstract

Introduction: Death is still a taboo subject in society, making it difficult to communicate bad news and maintain a relationship with a healthcare professional. This communication deficit at the end of life is a defining feature of the care currently provided to patients during the course of their illness, and therefore it is necessary to develop strategies to achieve effective communication that leads to greater well-being and dignity for the terminally ill patient and their family during their final days.

Aim: To synthesize the scientific evidence about the role of communication in palliative care.

Methodology: The databases PubMed, Virtual Health Library (VHL), Scielo, and CINAHL were used to conduct an integrative review of the literature. Language and text availability filters, as well as the CASPe and STROBE tools, were used to evaluate the methodological quality of the articles identified.

Results: Initially, 825 articles were collected using the agreed-upon search strategies. Following the removal of duplicates, reading the title and abstract, and applying the selection criteria, a total of 26 articles were included for qualitative analysis.

Conclusion: Communication is a fundamental and necessary therapeutic approach in end-of-life care, fostering a closer and stronger bond between the professional, the terminal patient, and their relatives. As a result, it is necessary for healthcare professionals to develop and improve communication skills and emotional competencies during their training, as well as a multidisciplinary team to work in a coordinated manner and enable a humane response to the patient's and their family's suffering.

Key words: Communication barriers; Family; Palliative care; Terminal care.

1. Introducción

La conciencia sobre la enfermedad terminal y más concretamente sobre la muerte, sigue siendo un tema de controversia para la humanidad. Es un hecho que la muerte ha sido en todas las sociedades, para todos los grupos humanos y para todos los individuos en general, un fenómeno visto y afrontado de formas muy diversas. Mayoritariamente, aunque la muerte es una parte más de la vida y común a todos, parece existir un rechazo hacia ella. Esta actitud hace que las experiencias en la atención al final de la vida en pacientes terminales y sus familias no siempre sea la idónea (Zamora Calvo, 2017). Actualmente, a nivel mundial se estima que alrededor de 40 millones de personas (el 78% pertenece a países de ingreso bajo e ingreso mediano) requieren cuidados paliativos (OMS, 2020). En España, se estima que cerca de 129.500 personas necesitan ser atendidas por recursos específicos de cuidados paliativos, de las cuales finalmente, menos de la mitad recibe este tipo de asistencia especializada (Doblado Valderrama et al., 2016). Este hecho se debe, en buena parte, a las grandes dificultades a las que se enfrentan tanto los sanitarios, como el paciente terminal y sus familiares a la hora de hablar acerca de esta situación y de las posibles vías para ayudar al paciente a morir en paz, a vivir dignamente hasta que le llegue la muerte (Míguez Burgos & Muñoz Simarro, 2009).

La comunicación se entiende como un proceso en el que se transmite un mensaje y que permite a las personas el intercambio de información acerca de sí mismas y de su entorno a través de signos, sonidos, símbolos y comportamientos (Frias Azcárate, 2000). Es necesario que ambas partes tengan la voluntad de interactuar y, por tanto, crear un medio de influencia compartida y recíproca, en el que se intercambien pensamientos, sentimientos y reacciones entre todas las partes implicadas. En la comunicación se pueden encontrar tanto formas verbales como no verbales, pero ambas necesarias y complementarias. Se trata de una necesidad humana básica, donde en situaciones como una enfermedad terminal puede ser parte del propio tratamiento e incluso el único elemento terapéutico aplicable en muchas ocasiones (Astudillo & Mendinueta, 2016; Frias Azcárate, 2000).

En este sentido, la comunicación terapéutica pretende indagar acerca de las necesidades que puedan tener estos pacientes y sus familiares para ayudarles a afrontar la enfermedad. Para que esta comunicación sea efectiva es fundamental considerar características como la edad, el sexo, las creencias, el nivel cultural y el nivel socioeconómico; las cuales permiten facilitar el

acercamiento y la adaptación a cada persona para poder transmitir la información de la mejor forma posible (Astudillo & Mendinueta, 2016). En este tipo de comunicación, el uso de ciertas habilidades y técnicas permiten un mejor abordaje del mundo interno del paciente que lleva a plantear objetivos más realistas acerca de su estado y además, mejorar la confianza y seguridad en la relación sanitario-paciente-familiar a través de un apoyo afectivo (Astudillo & Mendinueta, 2016; Del Rosario & Asensio Fraile, 2002; Naranjo Bermúdez & Ricaurte García, 2006).

A pesar de que la comunicación terapéutica se considera una de las habilidades básicas dentro de la formación sanitaria, a la hora de transmitir malas noticias hay una clara deficiencia en el entrenamiento para hacer saber este tipo de información (Ascencio-Huertas et al., 2013; Moore et al., 2010). Comunicar malas noticias supone un ejercicio muy complejo para los profesionales sanitarios, sobre todo en cuidados paliativos. Cuando se alude a “mala noticia”, ésta hace referencia a toda aquella información acerca de un mal pronóstico sobre las perspectivas de salud que afecta drásticamente la vida del paciente y supone un gran impacto emocional (Ascencio-Huertas et al., 2013).

Con todo ello, parece importante ser conscientes de la influencia que pueden ejercer los profesionales sanitarios al interactuar con los pacientes y sus familias en una situación tan delicada, así como estrategias de afrontamiento y posibles barreras a la hora de realizar este proceso de comunicación, con la intencionalidad de poder ofrecer unos cuidados de calidad (Ascencio-Huertas et al., 2013; Marmisa Gazo & Ullán Álvarez, 2012).

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Sintetizar la evidencia científica sobre el papel de la comunicación en el área de cuidados paliativos.

2.2 Objetivos específicos

- 1) Analizar las barreras de comunicación entre todos los agentes involucrados en la atención al final de la vida.
- 2) Estudiar el impacto que produce una comunicación inadecuada en la atención al final de la vida.
- 3) Recoger las diferentes herramientas/estrategias para mejorar la comunicación en cuidados paliativos.

3. Metodología

3.1 Diseño

Para este trabajo final de grado (TFG), se realizó una revisión integradora de la literatura, entre noviembre de 2020 y abril de 2021, en orden de poder aglutinar la evidencia científica acerca de la comunicación con el paciente con enfermedad en estado terminal y su familia. Con este propósito, se siguieron las recomendaciones para la elaboración de revisiones integradoras establecidas por Whitemore & Knafl (2005) incluyendo, como elemento diferenciador a las revisiones sistemáticas, estudios con diferente diseño metodológico (Hopia et al., 2016).

3.2 Pregunta de investigación

En orden de poder alcanzar estos objetivos, se estructuró una estrategia de búsqueda mediante una estructura PIO (Gálvez Toro, 2004). Esta quedaría desglosada de la siguiente forma: (i) P (patients) que representa a la población o pacientes que se van a estudiar, (ii) I (intervention) que representa la intervención a realizar, y (iii) O (outcomes) que indica los resultados que se obtienen del estudio. Con la ayuda de esta estructura, la pregunta de investigación quedó definida como: “¿Qué impacto tiene la comunicación entre profesionales, pacientes y familiares en los cuidados terminales?” (Tabla 1).

Tabla 1. Formulación pregunta de investigación con estructura PIO

P (Patient/Population)	Pacientes terminales y su familia
I (Intervention)	Comunicación
O (Outcomes)	Calidad de cuidados en el área de paliativos
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	
¿Qué impacto tiene la comunicación entre profesionales, pacientes y familiares en los cuidados terminales?	

Fuente: elaboración propia

3.3 Estrategia de búsqueda

Una vez formulada la pregunta de investigación, se llevó a cabo una búsqueda en las diferentes bases de datos mediante la combinación palabras clave y sus respectivos descriptores. Se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) como lenguaje controlado, junto a sus equivalentes palabras clave como lenguaje natural. En la tabla 2 quedan detallados los descriptores seleccionados, así como su equivalente en lenguaje natural que se usó para buscarlos.

Tabla 2. Lenguaje natural y controlado utilizado en las estrategias de búsqueda

Lenguaje natural	Lenguaje controlado	
	MeSH	DeCS
Conspiración del silencio <i>Conspiracy of silence</i>	Communication	Acceso a la información <i>Access to information</i>
Comunicación de malas noticias <i>Communication of bad news</i>	Communication barriers	Barreras en la comunicación <i>Communication barriers</i>
Cuidados paliativos <i>Palliative care</i>	Palliative care	Cuidados paliativos <i>Palliative care</i>

Paciente terminal <i>Terminal patient</i>	Terminally ill	Enfermedad terminal <i>Terminally ill</i>
Familia <i>Family</i>	Family	Familia <i>Family</i>

Fuente: elaboración propia.

3.4 Bases de datos consultadas

Definidos los descriptores para la estrategia de búsqueda y cada una de las bases de datos, se procedió a la consulta de cada una de ellas. La consulta se realizó en las bases de datos de PubMed, Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Scielo y CINAHL. Como es preceptivo en este tipo de trabajos, además del lenguaje natural y controlado (Tabla 2), se hizo uso de los operadores booleanos AND y OR (Higgins & Green, 2011) para cada una de las estrategias de búsqueda planteadas (Tabla 3).

Tabla 3. Estrategias de búsqueda planteadas para cada base de datos consultada

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS
PubMed	(conspiracy of silence[Title/Abstract] OR communication [MeSH Terms] OR communication of bad news[Title/Abstract] OR communication barriers[MeSH Terms]) AND (palliative care[MeSH Terms] OR terminally ill [MeSH Terms]) AND family[MeSH Terms]	582
Biblioteca Virtual de Salud (BVS)	tw:((conspiración del silencio) OR (barreras en la comunicación) AND (cuidados paliativos) OR (paciente terminal) AND (familia))	49
Scielo	((conspiracy of silence) OR (communication of bad news) OR (communication barriers)) AND ((palliative care) OR (terminally ill)) AND (family)	10
CINAHL	((conspiracy of silence) OR (communication of bad news) OR (communication barriers)) AND ((palliative care) OR (terminally ill)) AND (family)	182

Fuente: elaboración propia

3.5 Criterios de inclusión

En cuanto a los criterios de selección, se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos publicados en inglés y español.
- Trabajos realizados en adultos, pacientes paliativos y cualquier ámbito sanitario.
- Documentos de acceso a texto completo.

3.6 Criterios de exclusión

Por el contrario, los criterios de exclusión establecidos para la selección de artículos quedaron establecidos de la siguiente manera:

- Literatura gris y editoriales.
- Artículos con baja relevancia para la temática de estudio.
- Publicaciones cuya calidad de evidencia sea escasa (CASPe <Q1) (Anexo).
- Artículos duplicados.
- Documentos que traten enfermedades agudas.
- Artículos en los que la población de referencia sea pediátrica.

3.7 Evaluación de calidad metodológica.

Para realizar la evaluación de la calidad metodológica de los artículos se realizó una lectura crítica de los documentos seleccionados a través del uso de la metodología CASPe (Critical Appraisal Skills Programme español) (Santamaría Olmo, 2017). Se trata de una herramienta de lectura crítica que permite comprobar si los artículos tienen una calidad metodológica adecuada a través de una serie de preguntas que varían según el tipo de estudio. Debido a esta variabilidad entre tipos de estudios, se decidió establecer para cada plantilla las siguientes valoraciones: criterios cumplidos (1 punto), criterios cumplidos parcialmente (0,5 puntos) y criterios no cumplidos (0 puntos). Tomando como referencia el marco planteado por

Montenegro-Martínez et al. (2020), aquellos artículos por debajo de un cuartil 1 quedaron eliminados. Por otro lado, ante la falta de herramientas de evaluación para estudios observacionales, se decidió utilizar la herramienta de calidad metodológica STROBE (Von Elm et al., 2008). Esta herramienta consta de una lista de verificación conformada por 22 ítems relacionados con cada uno de los apartados que comprenden este tipo de estudios. La puntuación que se fijó para dar por válidos los artículos que se evaluaron mediante esta herramienta, fue un mínimo de 14 puntos.

3.8 Cronograma

Con todo ello, el plan de trabajo establecido para la elaboración de cada uno de los apartados de este trabajo quedaría representado de la siguiente manera (Tabla 4):

Tabla 4. Cronograma para cada uno de los apartados del trabajo planteado

MES	Noviembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo			
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elección del tema																								
Estrategia de búsqueda																								
Introducción																								
Metodología																								
Resultados																								
Discusión																								
Conclusión																								
Cuestiones de forma y revisión final																								

Fuente: elaboración propia

4. Resultados

4.1 Resultados de la búsqueda

Tras realizar la búsqueda inicial en las bases de datos seleccionadas (PubMed, BVS, CINAHL y Scielo) combinando las diferentes palabras clave junto con los operadores booleanos “AND” y “OR”, se obtuvieron un total de 825 artículos sin aplicar ningún tipo de limitador. A continuación, para poder hacer una selección inicial de los artículos, se aplicaron una serie de filtros limitando la búsqueda al idioma (inglés o español), a texto completo y a personas adultas y/o ancianas, dando como resultado 148 publicaciones. De los artículos obtenidos, se eliminaron duplicados (n= 3) y también se realizó la lectura del título y resumen, donde se eliminaron todos aquellos que no hicieran referencia al tema de estudio (n= 85).

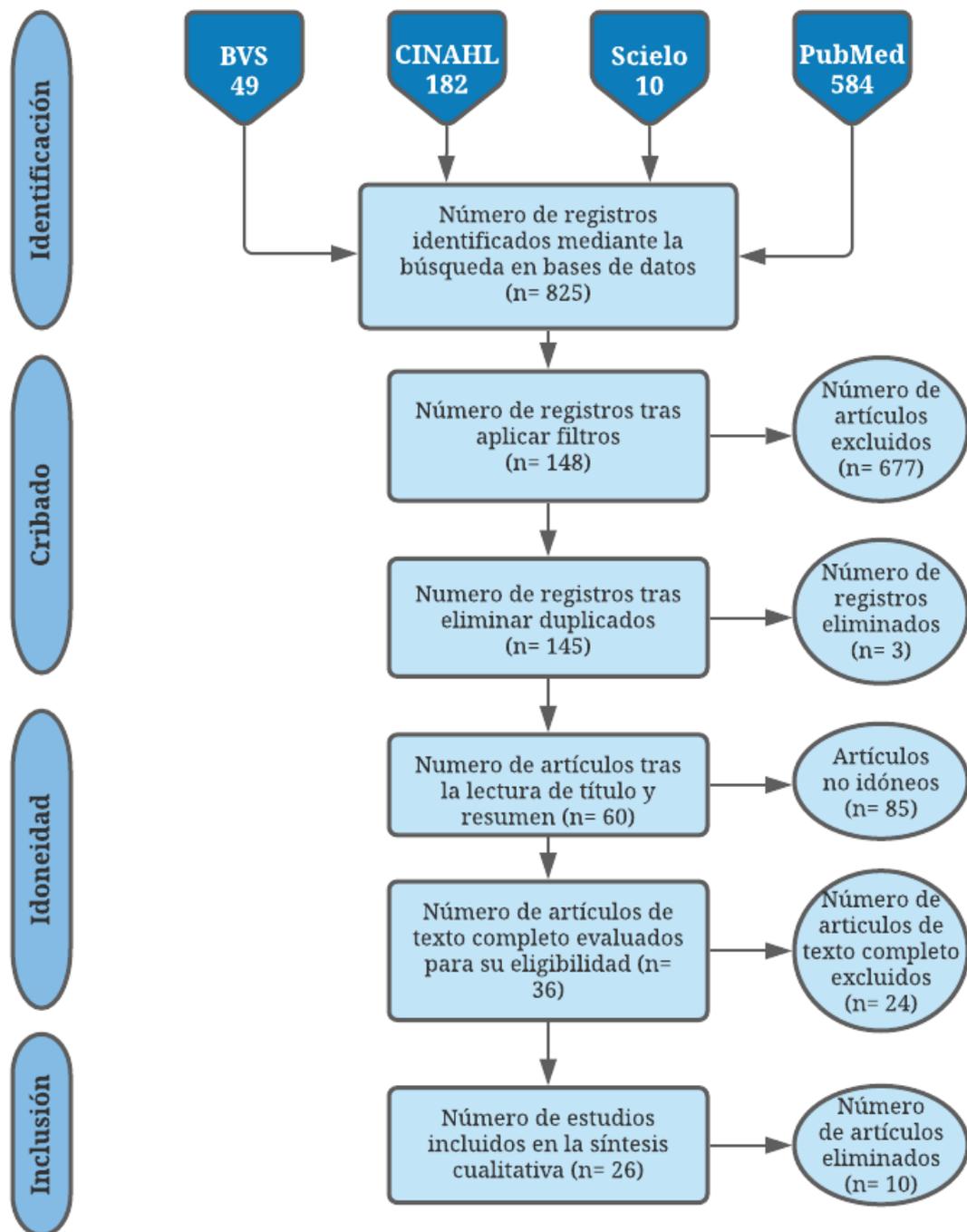
Del número total de documentos resultantes, se procedió a realizar la lectura completa de estos para determinar si se ajustaban a los objetivos planteados inicialmente y, aplicando los criterios de inclusión y exclusión establecidos, nos permitió reducir la búsqueda a 36 publicaciones. Finalmente, se aplicaron las herramientas CASPe y STROBE para poder determinar la calidad metodológica de los artículos, dejando una cantidad final de 26 resultados (Tabla 5 y Figura 1).

Tabla 5. Relación de artículos localizados

	AE	ACF	AED	AELTYA	AEACIE	AELC
PubMed	584	108	2	63	18	9
BVS	49	20	0	13	2	0
CINAHL	182	11	0	5	3	1
Scielo	10	9	1	4	1	0

Fuente: elaboración propia. AE: Artículos encontrados; ACF: Artículos con filtros; AED: Artículos excluidos duplicados; AELTYA: Artículos excluidos por lectura de título y resumen; AEACIE: Artículos excluidos con criterios de inclusión y exclusión; AELC: Artículos excluidos tras lectura crítica.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de los artículos incluidos



Fuente: elaboración propia

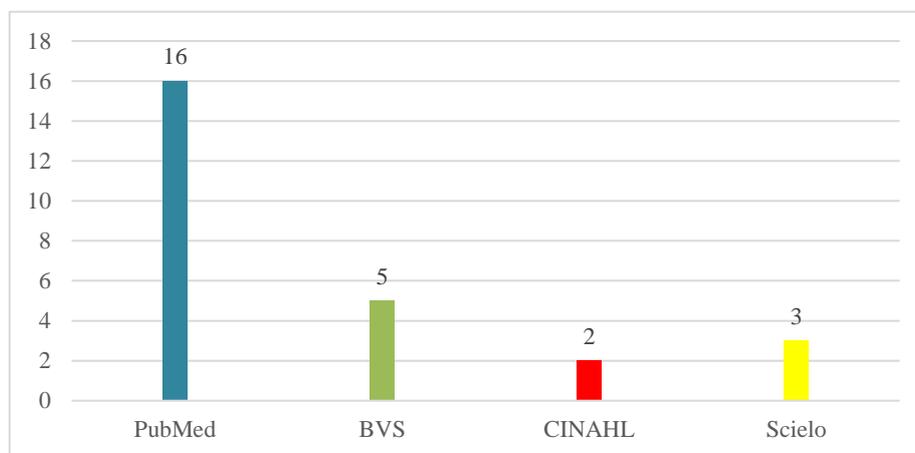
4.2 Características de los artículos incluidos

Con la finalidad de clasificar la muestra total de artículos seleccionados para esta revisión integradora (n=26), se seleccionaron una serie de características para establecer una mejor clasificación. En estas se muestra información acerca del año y país de publicación, del tipo de estudio y de las bases de datos consultadas.

4.2.1 Artículos según base de datos

Atendiendo al número total de artículos seleccionados tras la búsqueda en diferentes bases de datos, la distribución de las publicaciones en estas quedó de la siguiente forma: un 61,54% (n=19) de los artículos se encontraron en PubMed, un 19,23% (n=5) pertenecían a BVS, un 7,69% (n=2) a CINAHL y un 11,54% (n=3) correspondió a Scielo (Figura 2).

Figura 2. Número de artículos seleccionados en función de la base de datos



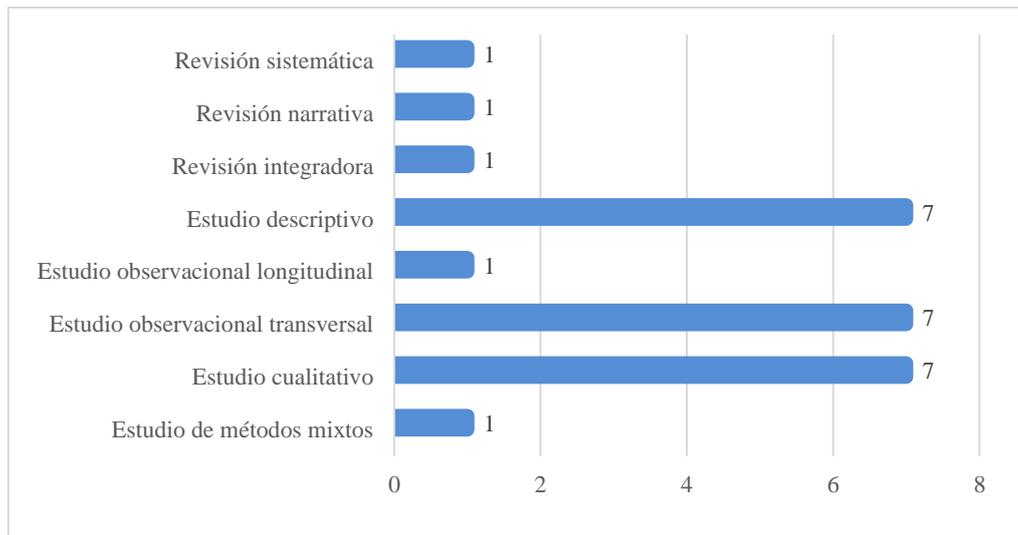
Fuente: elaboración propia

4.2.2 Artículos según el tipo de estudio

Haciendo referencia a la tipología de los estudios seleccionados en las bases de datos, encontramos predominantemente estudios descriptivos, estudios cualitativos y estudios observacionales transversales, todos ellos con un 26,92% (n=7) respectivamente. El resto

corresponden a estudios observacionales longitudinales, revisiones sistemáticas, revisiones narrativas, estudios de métodos mixtos y revisiones integradoras; constituyendo un 3,85% (n=1) para cada uno de ellos (Figura 3).

Figura 3. Número de artículos seleccionados en función del tipo de estudio

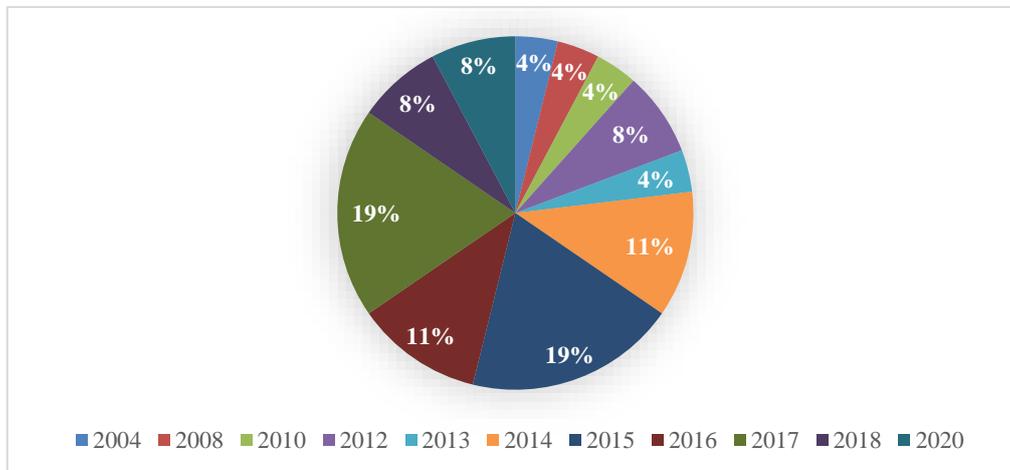


Fuente: elaboración propia

4.2.3 Artículos según el año de publicación

Sin aplicar ningún límite temporal para la selección de artículos, predominan dos años con una mayor fuente documental (2015 y 2017), cada uno de ellos constituidos con un 19% (n=5) del total de artículos analizados. Le siguen los años 2014 y 2016, con un 11% respectivamente (n=3) y luego un 8% (n=2) para aquellos publicados en 2012, 2018 y 2020. Por último, en 2004, 2008, 2010 y 2013, quedarían representados con 1 artículo en cada uno de estos años (4% del total) (Figura 4).

Figura 4. Número de artículos seleccionados en función de su año de publicación

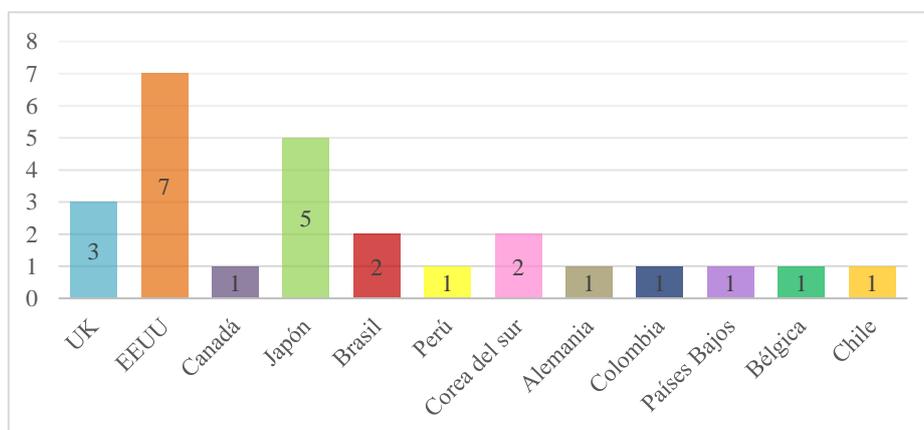


Fuente: elaboración propia

4.2.4 Artículos según el país de publicación.

Por último, con lo que respecta al país de origen de los artículos, quedarían divididos en 12 países diferentes. Entre ellos, un 26,92% (n=7) era procedentes de EEUU, seguido de Japón con un 19,23% (n=5) y de UK con un 11,54% (n=3). Por otra parte, Brasil y Corea del sur constituyeron ambas un 7,69% (n=2) de los artículos. En último lugar encontramos a Canadá, Perú, Alemania, Colombia, Países Bajos, Bélgica y Chile que conforman un 3,85% (n=1) del número total de artículos analizados (Figura 5).

Figura 5. Número de artículos seleccionados en función del país de publicación



Fuente: elaboración propia

4.2.5 Relación de los artículos según el objetivo de estudio

A continuación, se exponen los artículos seleccionados para este trabajo, tras la lectura crítica de los mismos. Los artículos han sido ordenados según el objetivo al que daban respuesta, quedando organizados de la siguiente forma: un 23,08% (n=6) darían respuesta al objetivo general, un 26,92% (n=7) al primer objetivo específico, un 30,77% (n=8) al segundo objetivo específico y un 19,23% (n=5) al tercer objetivo específico (Tabla 6).

Tabla 6. Artículos analizados

AUTORES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	CONCLUSIONES
Objetivo General				
Schreiner et al.	2004	Estudio cualitativo	Describir las actitudes del personal sanitario hacia los cuidados al final de la vida, los factores estresantes actuales relacionados con la prestación de cuidados al final de la vida e ideas sobre cómo mejorar la experiencia de la muerte en el hospital	Aunque hay una variedad de barreras en el cuidado paliativo, la poca capacitación en la comunicación es la barrera principal. Tanto médicos como enfermeras tienen fuertes percepciones erróneas sobre los valores de los demás con respecto a la atención al final de la vida
Tallman et al.	2012	Estudio observacional longitudinal	Indagar sobre las necesidades de pacientes con enfermedad avanzada y de sus familias y cuidadores a través de la continuidad de los cuidados desde su punto de vista	Destacan los cambios en las necesidades de los pacientes y las familias en respuesta a los desarrollos médicos y no médicos emergentes, desde su perspectiva
Back et al.	2014	Estudio cualitativo	Obtener opiniones de pacientes con cáncer metastásico y sus familiares sobre las prácticas de comunicación de uso común	Los pacientes y las familias perciben que una conversación sobre los objetivos de la atención requiere la interrupción de una rutina existente, seguida de un proceso de búsqueda y luego reconfiguración
Góngora et al.	2016	Estudio cualitativo	Conocer cómo se produce el encuentro clínico en la atención a los enfermos por parte de un equipo de Cuidados Paliativos, y qué elementos lo condicionan	Las visitas domiciliarias de equipos de CP tienen un importante papel, y parecen centrarse en el control de síntomas y condicionadas por los recursos disponibles

Fontes et al.	2017	Revisión integradora	Describir cómo se establece el proceso de comunicación de malas noticias e identificar como el enfermero practica la comunicación de malas noticias	Las enfermeras tienen un papel activo en la transmisión de malas noticias, su comportamiento y cómo se divulga la información es relevante porque influye en los procesos de pensamiento y cómo el paciente recibe y asimila esta información
Oh et al.	2020	Estudio transversal	Examinar las actitudes de las personas hacia la divulgación del pronóstico en el contexto de enfermedades graves distintas del cáncer	La mayoría de los médicos y el público en general estuvieron de acuerdo en que la divulgación de un pronóstico terminal respeta la autonomía del paciente para varias enfermedades graves
Primer objetivo específico				
Miyashita et al.	2008	Estudio cualitativo	Investigar las barreras para la derivación a unidades de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados con cáncer terminal, sus familias, médicos y enfermeras	Es importante eliminar la imagen negativa de las UCP de la población general. Además, la introducción temprana de CP y la capacitación en habilidades de comunicación de malas noticias son temas relevantes para tratamiento
Litauska et al.	2014	Estudio observacional transversal	Explorar la asociación entre el conocimiento médico, el estado de formación y el nivel de comodidad con la derivación de pacientes terminales a cuidados paliativos	La educación médica debe centrarse en brindar la cantidad adecuada de capacitación en cuidados al final de la vida, en el momento adecuado para así abordar los miedos preconcebidos ante estas situaciones
Van Eechoud et al.	2014	Estudio cualitativo	Comprender la participación de los miembros de la familia en el ACP para las personas mayores cercanas al final de la vida mediante la exploración de sus puntos de vista y experiencias sobre este proceso	Se debe tener en cuenta el grado en el que el familiar desea participar y cuanto cree que el paciente espera que participe. También es importante que los sanitarios comprendan la posición específica que ocupa el familiar
Simon et al.	2015	Estudio descriptivo cualitativo	Explorar la perspectiva de pacientes hospitalizados de edad avanzada gravemente enfermos y sus familiares sobre las barreras y facilitadores de la ACP	Se sugieren estrategias tanto para los sistemas de atención médica como para los proveedores de atención médica individuales para mejorar la calidad y cantidad de ACP con esta población
Towsley et al.	2015	Estudio descriptivo cualitativo	Describir la comunicación relacionada con las conversaciones sobre el final de la vida entre los residentes, la familia y el personal	Las conversaciones perdidas por la falta de conocimiento sobre las preferencias de los pacientes pueden afectar negativamente la calidad de la atención al final de la vida

La comunicación con el paciente en fase terminal y su familia

You et al.	2015	Estudio observacional transversal	Determinar las barreras que impiden la comunicación y la toma de decisiones sobre los objetivos de la atención con pacientes hospitalizados gravemente enfermos y sus familias	Los médicos perciben los factores relacionados con los miembros de la familia y con el paciente como las barreras más importantes para las discusiones sobre los objetivos de la atención.
Eun et al.	2017	Estudio cualitativo	Obtener una comprensión de los pensamientos experimentados por los pacientes con cáncer terminal y sus familiares con respecto al estado del final de la vida del paciente, su necesidad de sedación paliativa y su toma de decisiones	Los pacientes con cáncer terminal y sus cuidadores expresaron deseos contradictorios de prolongar la vida y, al mismo tiempo, desear experimentar una muerte pacífica. Se necesitan mejoras en la comunicación sobre el pronóstico y sedación paliativa
Segundo objetivo específico				
Beckstrand et al.	2012	Estudio transversal observacional	Determinar el impacto de los obstáculos y las conductas de apoyo en la atención al final de la vida según la percepción de las enfermeras de oncología hospitalarias	Tratar con la familia es vital para brindar una atención óptima al final de la vida a los pacientes. Considerar la experiencia e inquietudes de las enfermeras de oncología, puede brindar una atención más compasiva
Dev et al.	2013	Estudio descriptivo prospectivo	Caracterizar las conferencias familiares que involucran a pacientes con cáncer en una unidad de cuidados paliativos y examinar los efectos de la participación del paciente en la expresión emocional de los participantes y las discusiones sobre el final de la vida	La participación del paciente se asoció con una disminución de la expresión emocional verbal por parte de los miembros de la familia, pero no del cuidador principal y con menos discusiones sobre el pronóstico y lo que pueden experimentar los pacientes
Mckeown et al.	2015	Estudio descriptivo retrospectivo	Evaluar las experiencias de los pacientes al morir en el hospital (resultados de la atención) y los factores asociados con las variaciones en esa experiencia	Se observan diferencias en cómo los sanitarios y familiares evalúan los resultados de la atención. Además, es probable que las mejoras en un área tengan efectos indirectos en otras
Cagle et al.	2015	Estudio observacional descriptivo	Explorar las experiencias de duelo y las necesidades de apoyo de los cuidadores familiares	La capacitación y la comunicación mejorada del proveedor, las derivaciones a cuidados paliativos y una mayor atención al manejo de los síntomas pueden facilitar una mejor calidad de la muerte del paciente terminal

Espinoza-Suárez et al.	2017	Revisión narrativa	Describir las causas, le impacto y los agentes implicados en la conspiración del silencio	El propietario de la información es el paciente y no la familia, aunque a menudo esta es la primera en poseerla. Es fundamental promover una adecuada comunicación entre el profesional de salud, el enfermo y la familia
Otani et al.	2017	Estudio observacional	Explorar la asociación potencial entre la depresión / duelo complicado de la familia y su presencia en el momento de la muerte del paciente y la comunicación del paciente con la familia	Muchas familias deseaban estar presentes en el momento de la muerte del paciente; sin embargo, la comunicación significativa entre el paciente y la familia, y no su presencia o ausencia en sí, se asoció con mejores resultados en la depresión o duelo complicado
Yamashita et al.	2017	Estudio transversal	Aclarar la prevalencia y los tipos de asuntos pendientes en familias de pacientes con cáncer terminal admitidos en unidades de cuidados paliativos, explorar la depresión y el dolor asociados y los factores que llevan a esto	Muchas familias tienen asuntos pendientes, por lo que los sanitarios deben coordinar el momento apropiado indagar sobre lo que la familia desea hacer, teniendo en cuenta la dinámica familiar, incluida la preparación y el patrón de comunicación
Ishida et al.	2018	Estudio transversal	Establecer qué tipos de comunicación son percibidos por los afligidos como inútiles	Para evitar imponer una carga innecesaria a los afligidos con una comunicación inútil con respecto a los consejos sobre cómo lidiar con el duelo y el cáncer, es esencial comprender los aspectos problemáticos
Tercer objetivo específico				
Venegas et al.	2010	Estudio descriptivo retrospectivo	Examinar la calidad del proceso de muerte en pacientes con cáncer para establecer que factores que ayudan a una mejor calidad asistencial	La atención al paciente debe enfocarse en la cercanía y diálogo con los familiares, promoviendo la comunicación para detectar y manejar los problemas reales
Singer et al.	2016	Revisión sistemática	Identificar las herramientas disponibles para ayudar en la realización de reuniones familiares en entornos de cuidados paliativos y de unidades de cuidados intensivos	Es necesario estandarizar y desarrollar herramientas para ayudar a los miembros de la familia a participar eficazmente en el proceso de comunicación
Olsman et al.	2016	Estudio cualitativo longitudinal	Describir una ética relacional de esperanza basada en las perspectivas de los pacientes en cuidados paliativos, sus familiares y sus profesionales de la salud	Una ética relacional de esperanza requiere preocupación, en la que los profesionales de la salud sean capaces de sopesar el empoderamiento y la compasión dentro de relaciones particulares

La comunicación con el paciente en fase terminal y su familia

Guo et al.	2018	Estudio de métodos mixtos	Explorar los beneficios y los desafíos del uso de Dignity Talk para así para facilitar conversaciones significativas para pacientes paliativos y sus familiares	Dignity Talk sería valioso para promover conversaciones, mejorar las conexiones y relaciones familiares, mejorar la dignidad del paciente, promover la interacción efectiva y atender asuntos pendientes.
Dos Reis Bellaguarda et al.	2020	Estudio descriptivo cualitativo y cuantitativo	Identificar la percepción, habilidades y competencias de los estudiantes de enfermería sobre la comunicación de la situación crítica en cuidados paliativos mediante simulación realista	En la gestión de la comunicación con el paciente y su familia y también en la necesidad de crear estrategias que puedan ayudar en el cuidado y a afrontar sus propios miedos, la simulación clínica es una herramienta importante

Fuente: Elaboración propia. ACP: Planificación Anticipada de la Atención. UCP: Unidades de Cuidados Paliativos

5. Discusión

El objetivo de este trabajo fue sintetizar la evidencia científica sobre el papel de la comunicación en el área de cuidados paliativos. Después de analizar los 26 artículos localizados, esta revisión muestra tanto las barreras que pueden llevar a un desarrollo inadecuado en la comunicación presente con este tipo de servicios, el impacto que ello conlleva y las diferentes estrategias o herramientas que se pueden aplicar para proporcionar un mejor cuidado del paciente en estado terminal.

La comunicación de malas noticias supone un proceso delicado que puede influenciar y afectar de manera considerable al futuro tanto de la persona afectada, como de su familia. Por ello, la manera en la que se ofrece este tipo de aproximación es de especial relevancia, siendo necesaria una información de calidad junto a un equipo multidisciplinario para asistir al paciente en todos los niveles de atención (Marmisa Gazo & Ullán Álvarez, 2012). En todo este proceso, las profesionales de enfermería tienen un papel fundamental, ya que proporcionan al paciente un cuidado frecuente y muy directo, así como contacto constante con la familia. Esto hace que se convierta en un agente decisivo en el afrontamiento de la situación, por lo que resulta necesario que desarrollen ciertas habilidades comunicativas para evitar malentendidos en la transmisión de la información que puedan afectar tanto a la comunicación como al propio cuidado del paciente (Fontes et al., 2017). De este modo, parece oportuno resaltar la necesidad de consolidar y mejorar los canales de comunicación que favorezcan la transferencia de información, colaboración y coordinación entre los sanitarios, para conseguir una repercusión positiva en el transcurso de la enfermedad de los pacientes terminales (Góngora et al., 2016).

5.1 Barreras de comunicación en la atención al enfermo terminal.

En un estudio reciente realizado por Oh y colaboradores (2020), se comparan las diferentes actitudes adoptadas hacia la divulgación pronóstica del estado terminal entre la población general y médicos, donde se observa que es más habitual que sea la población general la que no quiere que se revele el pronóstico, sobre todo por el hecho de que ello pueda afectarle psicológicamente al paciente. En este sentido, de acuerdo a los resultados de Schreiner y colaboradores (2004), son las enfermeras quienes muestran un mayor estrés y preocupación

sobre las preferencias de cuidado al final de la vida, reconociendo como barrera principal la forma de pensar y de actuar de otros profesionales, como los profesionales médicos, e identificado la falta de tiempo dedicado en informar a familiares y pacientes en un 88,7%. Esto parece dejar en evidencia la diferencia acerca de los cuidados que se prestan y lo que realmente opinan los sanitarios. Parece interesante, por tanto, buscar optimizar los roles de los miembros del equipo interprofesional en el abordaje de las metas de la atención (Góngora et al., 2016; You et al., 2015). Como apuntan autores como Litauska y colaboradores (2014), Towsley y colaboradores (2015), Góngora y colaboradores (2016), así como You y colaboradores (2015), existe una formación insuficiente y no especializada en el ámbito de cuidados paliativos a la hora de hablar y gestionar la atención al final de la vida

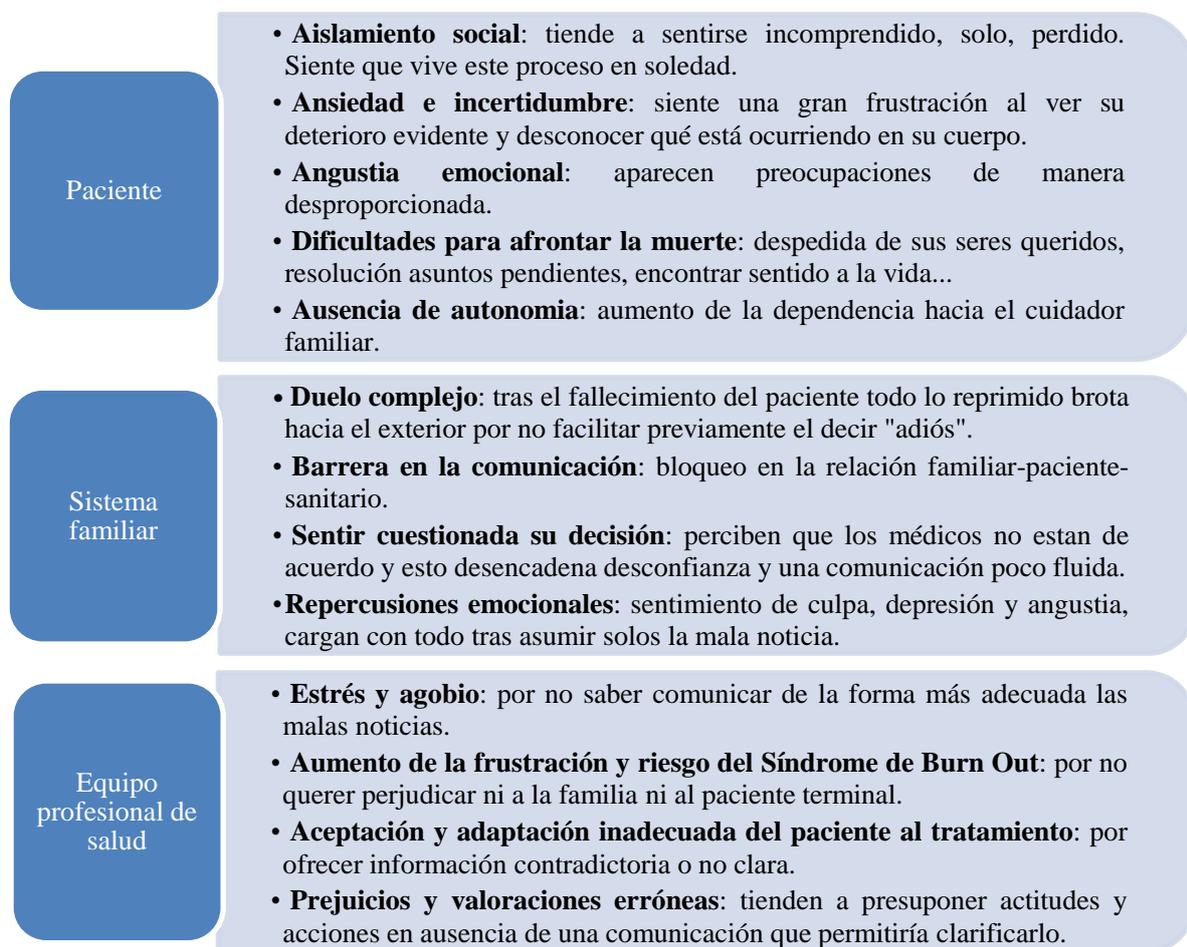
Otro punto clave que supone una barrera muy importante, es la propia dificultad de los miembros de la familia y los pacientes para aceptar un pronóstico desfavorable. Son pocos los enfermos terminales y familiares (22% y 24%, respectivamente) que afirman haber tenido una conversación sobre sus preferencias para la atención al final de la vida (You et al., 2015). En esta línea, Miyashita y colaboradores (2008) subrayan una falta de voluntad para poner fin al tratamiento contra el cáncer y también una negación de la naturaleza fatal de la enfermedad por parte del paciente y familia llegado el momento. Como apuntan estos y otros autores en sus resultados, se observa que algunos pacientes con cáncer terminal continúan buscando tratamiento contra éste, incluso cuando hay una probabilidad de curarse muy baja o nula, en parte debido a su deseo constante por mantener la esperanza (Miyashita et al., 2008; Simon et al., 2015; You et al., 2015). Por otro lado, la responsabilidad que desean asumir los familiares en ocasiones parece no relacionarse con su opinión sobre hasta qué punto sentían que el paciente deseaba que participara en la toma de decisiones, provocando tensiones y dificultando la comunicación entre ambas partes (Van Eechoud et al., 2014).

Con todo ello, varios estudios identificaron otras barreras en la comunicación paciente-familiar-sanitario, como el miedo de este último a ser demandado y las creencias de los propios familiares. El miedo a enfadarlos supone un obstáculo muy importante para hablar sobre la muerte y la enfermedad terminal que padece el enfermo, así como su derivación a cuidados paliativos (Litauska et al., 2014; You et al., 2015). Por su parte, Eun y colaboradores (2017) observaron que, debido a la creencia de que este procedimiento pueda conducir a la muerte, hace que en muchas ocasiones no se hable del tema ni de nada relacionado con ello.

5.2 Impacto de una comunicación inadecuada en la atención al final de la vida.

Al hilo de lo comentado hasta el momento, la evidencia muestra que una mala comunicación al abordar una situación terminal, por tanto, trae consigo una serie de consecuencias que afectan a todas las partes involucradas en este proceso, incluyendo al paciente (Back et al., 2014; Cagle et al., 2015; Dev et al., 2013; Espinoza-Suárez et al., 2017), sistema familiar (Cagle et al., 2015; Dev et al., 2013; Espinoza-Suárez et al., 2017; Ishida et al., 2018; Otani et al., 2017; Yamashita et al., 2017) y equipo profesional (Espinoza-Suárez et al., 2017; McKeown et al., 2015) (Figura 6).

Figura 6. Consecuencias producidas a una comunicación inadecuada



Fuente: Elaborado a partir de Back et al. (2014), Cagle et al. (2015), Dev et al. (2013); Espinoza-Suárez et al. (2017), Ishida et al. (2018), McKeown et al. (2015), Otani et al., 2017, y Yamashita et al. (2017)

5.3 Herramientas y estrategias para mejorar la comunicación en cuidados paliativos

Para manejar adecuadamente una situación en la que debemos comunicar malas noticias parece importante también abordar las necesidades psicológicas, sociales y espirituales en lugar de centrarnos únicamente en el manejo de la propia enfermedad y el dolor que ésta puede producir. Llevar a cabo una escucha activa del paciente y también de los miembros de su familia resulta muy positivo para afrontar el problema (Tallman et al., 2012; Venegas & Alvarado, 2010). Del mismo modo, es conveniente fomentar un empoderamiento del enfermo y su familia para así afrontar mejor el desarrollo de su enfermedad y la muerte (deben deconstruir esperanzas dominantes o dadas por sentadas y reconstruir nuevas), pero también hay que dejarles que tengan ese período de sufrimiento y desesperanza (implica el reconocimiento común de la vulnerabilidad del paciente terminal), eliminando la tendencia a tranquilizar y transmitir que todo saldrá bien (Beckstrand et al., 2012; Olsman et al., 2016; Simon et al., 2015; Venegas & Alvarado, 2010).

En esta línea, Dos Reis Bellaguarda y colaboradores (2020) analizan la necesidad de identificar estrategias de apoyo también para los profesionales sanitarios que se encargan de los cuidados paliativos. Para ello, Venegas y Alvarado (2010) sugieren el uso de simulaciones y otras estrategias educativas, fortaleciendo los medios para enfrentar sus propios sentimientos y emociones y superar sus debilidades. Sin embargo, otros autores remarcan la importancia de conocer la documentación existente relacionada con el proceso, como las voluntades anticipadas, así como otras herramientas de apoyo que pueden incluir también a familiares (Singer et al., 2016; Tallman et al., 2012). Así, herramientas como Dignity Talk o protocolos como SPIKES pueden ayudar a mejorar la relación familiar o servir de ayuda en la comunicación entre todas las partes implicadas en este tipo de situaciones (dos Reis Bellaguarda et al., 2020; Guo et al., 2018).

Por último, varios estudios muestran que una atención médica coordinada y la presencia de un equipo interdisciplinario en la atención a pacientes paliativos presenta grandes beneficios, tanto para el paciente como a su entorno familiar (dos Reis Bellaguarda et al., 2020; Tallman et al., 2012). Este enfoque de equipo para tratar a los pacientes terminales podría ayudar a los profesionales a que percibieran una disminución en su responsabilidad y estrés ante este tipo de situaciones (Schreiner et al., 2004).

5.4 Limitaciones y futuras líneas de investigación

No obstante, hay una serie de limitaciones que se han de tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados de este trabajo. Por un lado, el acceso a texto completo ha sido bastante limitado, dificultando en gran medida la discusión de los resultados. Asimismo, al ser una temática bastante general, los resultados fueron limitados a pacientes en situación terminal. Sin embargo, en lugar de cerrar esta temática, estos resultados ofrecen una oportunidad para continuar la discusión en otras líneas de investigación. En este sentido, futuras investigaciones podrán indagar sobre las habilidades de comunicación teniendo en cuenta premisas legales, como la reciente aprobación de ley orgánica 3/2021 para la regulación de la eutanasia, así como posibles medidas o herramientas para crear o fortalecer el vínculo relacional entre todos los agentes implicados, con la intención de conseguir los objetivos terapéuticos marcados en esta etapa vital.

6. Conclusión

A partir de la evidencia localizada se puede destacar la emergente necesidad de mejorar la comunicación en general, habilidades de comunicación en particular, así como la relación de ayuda de los sanitarios con los pacientes y su familia en el proceso terminal. Como se ha observado en la presente revisión, el personal de enfermería resulta ser un pilar imprescindible en la comunicación de malas noticias, ya que pasan mucho tiempo proporcionando un cuidado constante. Parece necesario, por tanto, desarrollar habilidades comunicativas, siendo un elemento definitorio de la calidad de los cuidados al final de la vida.

Sin embargo, también existen diversos obstáculos que impiden una comunicación adecuada con el paciente terminal, destacando la necesidad de mantener la esperanza, además de una negación a dejar el tratamiento por parte del paciente terminal y su familia, principalmente por la creencia de que ello puede acelerar el proceso de muerte, así como una dificultad en la aceptación de la muerte como un proceso natural inevitable. También destaca la formación sanitaria inadecuada, escasa y poco específica sobre la comunicación en cuidados al final de la vida. Estos obstáculos llevan a que la forma en cómo el profesional de salud comunica las malas noticias tenga repercusiones en el paciente, su familia e incluso en él

mismo. Entre ellas, encontramos un gran sufrimiento emocional por todas las partes involucradas en el proceso, así como una peor adaptación al tratamiento y afrontamiento del proceso de muerte, junto a su posterior duelo por parte de los familiares. En respuesta a todo ello, a través del desarrollo de habilidades y estrategias comunicativas, herramientas como Dignity Talk o protocolos como SPIKES, haciendo partícipe al paciente y su familia en el transcurso de la enfermedad, y llevando a cabo una comunicación y coordinación entre los profesionales sanitarios, se puede conseguir alcanzar un eje central de cuidados; un abordaje integral y de calidad del paciente en sus últimos días.

7. Referencias bibliográficas

- Ascencio-Huertas, L., Allende-Pérez, S., Castañeda de la Lanza, C., & Verástegui-Avilés, E. (2013). La comunicación de las “malas noticias” en cuidados paliativos. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(4), 276–279. <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-pdf-X1665920113269870>
- Astudillo, W., & Mendinueta, C. (2016). ¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal? *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 34(2), 46. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v34i2.206>
- Back, A.L., Trinidad, S.B., Hopley, E.K., & Edwards, K.A. (2014). Reframing the goals of care conversation: “We’re in a different place.” *Journal of Palliative Medicine*, 17(9), 1019–1024. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0651>
- Beckstrand, R.L., Collette, J., Callister, L., & Luthy, K.E. (2012). Oncology nurses’ obstacles and supportive behaviors in end-of-life care: Providing vital family care. *Oncology Nursing Forum*, 39(5). <https://doi.org/10.1188/12.ONF.E398-E406>
- Cagle, J.G., Pek, J., Clifford, M., Guralnik, J., & Zimmerman, S. (2015). Correlates of a good death and the impact of hospice involvement: findings from the national survey of households affected by cancer. *Supportive Care in Cancer*, 23(3), 809–818. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2404-z>
- Del Rosario, M.A.B., & Asensio Fraile, A. (2002). La comunicacion con el paciente con enfermedad terminal. *Atencion Primaria*, 30(7), 463–466. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)79073-2](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)79073-2)

- Dev, R., Coulson, L., Del Fabbro, E., Palla, S. L., Yennurajalingam, S., Rhondali, W., & Bruera, E. (2013). A prospective study of family conferences: Effects of patient presence on emotional expression and end-of-life discussions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(4), 536–545. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.10.280>
- Doblado Valderrama, R., Herrera Molina, E., Librada Flores, S., Lucas Díaz, M.Á., Muñoz Mayorga, I., & Rodríguez Álvarez-Ossorio, Z. (2016). *Análisis y evaluación de los recursos de Cuidados Paliativos de España*. www.siosigrafico.com
- dos Reis Bellaguarda, M. L., da Silva Knih, N., Canever, B. P., Tholl, A. D., Alvarez, A. G., & da Cunha Teixeira, G. (2020). Simulação realística como ferramenta de ensino na comunicação de situação crítica em cuidados paliativos. *Escola Anna Nery*, 24(3). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0271>
- Espinoza-Suárez, N.R., Zapata del Mar, C.M., & Mejía Pérez, L.A. (2017). Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 80(2), 125. <https://doi.org/10.20453/rnp.v80i2.3105>
- Eun, Y., Hong, I.W., Bruera, E., & Kang, J.H. (2017). Qualitative Study on the Perceptions of Terminally Ill Cancer Patients and Their Family Members Regarding End-of-Life Experiences Focusing on Palliative Sedation. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(6), 1010–1016. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.353>
- Fontes, C.M.B., Menezes, D.V. de, Borgato, M.H., & Luiz, M.R. (2017). Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. In *Revista brasileira de enfermagem* (Vol. 70, Issue 5, pp. 1089–1095). Associação Brasileira de Enfermagem. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143>
- Frias Azcárate, R. (2000). Una aproximación al concepto comunicación y sus consecuencias en la práctica de las instituciones. *NÓMADAS. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 1.
- Gálvez Toro, A. (2004). Un ejemplo pedagógico: Cómo formular preguntas susceptibles de respuesta. *Evidentia*, 1(1). <http://www.index-f.com/evidentia/sumarion1.php>
- Góngora, M. del M.A., Pernias, M.J.B., Montoro, C.H., Mancilla, P.G., Juárez, R.M., & Caro, M.P.G. (2016). Las visitas de equipos de cuidados paliativos. Estudio cualitativo mediante observación participante. *Colombia Medica*, 47(1), 38–44. <https://doi.org/https://doi.org/10.25100/cm.v47i1.2022>

- Guo, Q., Chochinov, H.M., McClement, S., Thompson, G., & Hack, T. (2018). Development and evaluation of the Dignity Talk question framework for palliative patients and their families: A mixed-methods study. *Palliative Medicine*, 32(1), 195–205. <https://doi.org/10.1177/0269216317734696>
- Higgins, J.P., & Green, S. (2011). *Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones*. www.cochrane-handbook.org.
- Hopia, H., Latvala, E., & Liimatainen, L. (2016). Reviewing the methodology of an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 662–669. <https://doi.org/10.1111/scs.12327>
- Ishida, M., Onishi, H., Morita, T., Uchitomi, Y., Shimizu, M., Tsuneto, S., Shima, Y., & Miyashita, M. (2018). Communication Disparity Between the Bereaved and Others: What Hurts Them and What Is Unhelpful? A Nationwide Study of the Cancer Bereaved. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(4), 1061-1067.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.493>
- Litauska, A.M., Kozikowski, A., Nouryan, C.N., Kline, M., Pekmezaris, R., & Wolf-Klein, G. (2014). Do residents need end-of-life care training? *Palliative and Supportive Care*, 12(3), 195–201. <https://doi.org/10.1017/S1478951512001101>
- Marmisa Gazo, G., & Ullán Álvarez, E. (2012). La comunicación empática, fortalecedora o todo lo contrario. In *Cuidados paliativos y al final de la vida* (pp. 295–300). <https://www.clinicalkey.com/student/nursing/content/book/3-s2.0-B9788480867542000415>
- McKeown, K., Haase, T., Pratschke, J., Twomey, S., Donovan, H., & Engling, F. (2015). Determinants of care outcomes for patients who die in hospital in Ireland: A retrospective study. *BMC Palliative Care*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0014-2>
- Míguez Burgos, A., & Muñoz Simarro, D. (2009). Enfermería y el paciente en situación terminal. *Enfermería Global*, 16.
- Miyashita, M., Hirai, K., Morita, T., Sanjo, M., & Uchitomi, Y. (2008). Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan: A qualitative survey with content analysis. *Supportive Care in Cancer*, 16(3), 217–222. <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0215-1>
- Montenegro Martínez, G., Carmona Montoya, A., & Franco Giraldo, Á. (2020). Models for public health policy analysis reported in scientific publications. *Gaceta Sanitaria*, 12.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.11.007>

- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., & Vargas, A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? In *Revista Medica Chile* (Vol. 138).
- Naranjo Bermúdez, I. C., & Ricaurte García, G. P. (2006). La comunicación con los pacientes. *Investigación y Educación En Enfermería*, 24(1), 94–98.
- Oh, S.N., Kim, Y.J.Y.A., Kim, Y.J.Y.A., Shim, H.J., Song, E.K., Kang, J.H., Kwon, J.H., Lee, J.L., Lee, S.N., Maeng, C.H., Kang, E.J., Do, Y.R., Yun, H.J., Jung, K.H., & Yun, Y.H. (2020). The Attitudes of Physicians and the General Public toward Prognostic Disclosure of Different Serious Illnesses: a Korean Nationwide Study. *Journal of Korean Medical Science*, 35(47), 1–12. <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e401>
- Olsman, E., Willems, D., & Leget, C. (2016). Solicitude: balancing compassion and empowerment in a relational ethics of hope—an empirical-ethical study in palliative care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 19(1), 11–20. <https://doi.org/10.1007/s11019-015-9642-9>
- OMS (2020). *Cuidados paliativos*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Otani, H., Yoshida, S., Morita, T., Aoyama, M., Kizawa, Y., Shima, Y., Tsuneto, S., & Miyashita, M. (2017). Meaningful Communication Before Death, but Not Present at the Time of Death Itself, is Associated With Better Outcomes on Measures of Depression and Complicated Grief Among Bereaved Family Members of Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(3), 273–279. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.010>
- Santamaría Olmo, R. (2017). Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español (CASPe) | Nefroplus. *Nefroplus*, 9(1), 100–101. <https://www.elsevier.es/es-revista-nefroplus-485-articulo-programa-habilidades-lectura-critica-espanol-X1888970017612483>
- Schreiner, A.S., Hara, N., Terakado, T., & Ikegami, N. (2004). Attitudes towards end-of-life care in a geriatric hospital in Japan. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(4). <https://doi.org/10.12968/ijpn.2004.10.4.12796>
- Simon, J., Porterfield, P., Bouchal, S.R., & Heyland, D. (2015). “Not yet” and “Just ask”: Barriers and facilitators to advance care planning—a qualitative descriptive study of the perspectives of seriously ill, older patients and their families. *BMJ Supportive and*

- Palliative Care*, 5(1), 54–62. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000487>
- Singer, A.E., Ash, T., Ochotorena, C., Lorenz, K.A., Chong, K., Shreve, S.T., & Ahluwalia, S.C. (2016). A Systematic Review of Family Meeting Tools in Palliative and Intensive Care Settings. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33(8), 797–806. <https://doi.org/10.1177/1049909115594353>
- Tallman, K., Greenwald, R., Reidenouer, A., & Pantel, L. (2012). Living with advanced illness: longitudinal study of patient, family, and caregiver needs. *The Permanente Journal*, 16(3), 28–35. <https://doi.org/10.7812/tpp/12-029>
- Towsley, G.L., Hirschman, K.B., & Madden, C. (2015). Conversations about End of Life: Perspectives of Nursing Home Residents, Family, and Staff. *Journal of Palliative Medicine*, 18(5), 421–428. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0316>
- Van Eechoud, I.J., Piers, R.D., Van Camp, S., Grypdonck, M., Van Den Noortgate, N.J., Deveugele, M., Verbeke, N.C., & Verhaeghe, S. (2014). Perspectives of family members on planning end-of-life care for terminally ill and frail older people. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(5), 876–886. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.06.007>
- Venegas, M.E., & Alvarado, O.S. (2010). Factors related to the quality of the dying process in cancer patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4), 725–731. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692010000400010>
- Von Elm, E., Altman, D.G., Egger, M., Pocock, S.J., Gøtzsche, P.C., & Vandenbroucke, J.P. (2008). Declaración de la iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology): Directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Revista Espanola de Salud Publica*, 82(3), 251–259. <https://doi.org/10.1157/13119325>
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Yamashita, R., Arao, H., Takao, A., Masutani, E., Morita, T., Shima, Y., Kizawa, Y., Tsuneto, S., Aoyama, M., & Miyashita, M. (2017). Unfinished Business in Families of Terminally Ill With Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(6), 861–869. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.013>
- You, J.J., Downar, J., Fowler, R.A., Lamontagne, F., Ma, I.W.Y., Jayaraman, D.,

Kryworuchko, J., Strachan, P.H., Ilan, R., Nijjar, A.P., Neary, J., Shik, J., Brazil, K., Patel, A., Wiebe, K., Albert, M., Palepu, A., Nouvet, E., Des Ordon, A.R., ... Heyland, D.K. (2015). Barriers to goals of care discussions with seriously ill hospitalized patients and their families: A multicenter survey of clinicians. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 549–556. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.7732>

Zamora Calvo, A. (2017). El enfermo terminal y la muerte. *Bioética y Ciencias de La Salud*, 5(2), 7.

8. Anexos

Tabla 7. Análisis metodológico de artículos localizados mediante la herramienta CASPe

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	R	Cuartil
Towsley et al. (2015)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	N/E	NO	SÍ	SÍ	SÍ	8'5	ALTO
Simon et al. (2015)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	9	ALTO
Miyashita et al. (2008)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	N/E	SÍ	SÍ	SÍ	8'5	ALTO
Schreiner et al. (2004)	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	7	ALTO
Dos Reis Bellaguarda et al. (2020)	SÍ	SÍ	SÍ	N/E	SÍ	N/E	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	9	ALTO
Fontes et al. (2017)	SÍ	SÍ	SÍ	N/E	SÍ	SÍ	N/E	SÍ	N/E	SÍ	8'5	ALTO
Singer et al. (2016)	SÍ	SÍ	SÍ	N/E	SÍ	SÍ	NO	SÍ	N/E	SÍ	8	ALTO
Espinoza-Suárez et al. (2017)	SÍ	SÍ	SÍ	N/E	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	8'5	ALTO
Guo et al. (2018)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	N/E	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	9'5	ALTO
Góngora et al. (2016)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	10	ALTO
Van Eechoud et al. (2014)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	9	ALTO
Eun et al. (2017)	SÍ	SÍ	N/E	SÍ	SÍ	N/E	NO	SÍ	SÍ	SÍ	8	ALTO
Back et al. (2014)	SÍ	SÍ	N/E	SÍ	SÍ	NO	N/E	SÍ	SÍ	SÍ	8	ALTO
Olsman et al. (2016)	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	N/E	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	8'5	ALTO

Fuente: elaboración propia. P: pregunta; R: resultado; N/E: no lo sé o no evaluable

Tabla 8. Análisis metodológico de artículos localizados mediante la herramienta STROBE

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	R	Cuartil	
You et al. (2015)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	N/E	NO	N/E	N/E	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	N/E	SÍ	N/E	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	17'5	ALTO	
Litauska et al. (2014)	SÍ	SÍ	N/E	SÍ	SÍ	SÍ	N/E	N/E	SÍ	N/E	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	N/E	SÍ	NO	15'5	ALTO	
Beckstrand et al. (2012)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	N/E	SÍ	N/E	N/E	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	N/E	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	NO	SÍ	SÍ	14	MEDIO	
Ishida et al (2018)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	N/E	SÍ	N/E	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	N/E	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	17'5	ALTO	
Cagle et al. (2015)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	N/E	SÍ	NO	NO	SÍ	N/E	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	N/E	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	17'5	ALTO	
Dev et al. (2013)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	N/E	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	N/E	16	ALTO
Mckeown et al. (2015)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	N/E	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	18'5	ALTO	
Venegas et al. (2010)	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	N/E	N/E	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	16	ALTO							
Tallman et al. (2012)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	N/E	NO	SÍ	NO	NO	N/E	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	N/E	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	15'5	ALTO	
Otani et al. (2017)	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	N/E	SÍ	NO	NO	SÍ	N/E	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	17	ALTO	
Oh et al. (2020)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	N/E	N/E	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	N/E	SÍ	SÍ	N/E	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	17	ALTO	
Yamashita et al. (2017)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	N/E	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	17'5	ALTO	

Fuente: elaboración propia. P: pregunta; R: resultado; N/E: no lo sé o no evaluable