

## **TRABAJO FINAL DE GRADO**

# **EFICACIA DE LA COMUNICACIÓN Y RELACIÓN TERAPÉUTICA ENFERMERA EN EL CUIDADO PALIATIVO DE LAS PERSONAS ADULTAS EN SITUACIÓN DE FINAL DE VIDA**

## **Revisión bibliográfica**

**Alvaro Olmos Mertinez**

**(alvaro.olmos@uvic.cat)**

4t curso. Trabajo final de Grado (Enfermería-M2)

Profesora: Montserrat Faro Basco

Facultad de Ciencias de la Salud y el Bienestar - Universidad de Vic

Vic, Mayo de 2017

# ÍNDIX

0. RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1 CUIDADOS PALIATIVOS	5
2.2 COMPETENCIAS Y ROL DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS	8
2.3 LA RELACIÓN TERAPÉUTICA	9
2.4 COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA	11
2.5 ACTITUDES QUE FAVORECEN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA	12
2.6 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN TERAPÉUTICAS	13
2.7 OBSTÁCULOS DE LA COMUNICACIÓN Y RELACIÓN TERAPÉUTICA	15
3. OBJETIVOS	15
4. METODOLOGÍA	16
4.1 DESCRIPTORES	16
4.2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	16
4.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS	20
5. RESULTADOS	21
5.1 ANÁLISIS TEMÁTICO	34
6. DISCUSIÓN	38
7. CONCLUSIÓN	39
8. BIBLIOGRAFÍA	40
9. ANEXO	46
10. AGRADECIMIENTOS	57
11. EL TRABAJO FINAL DE GRADO COMO EXPERIENCIA DOCENTE	57

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** el avance de la medicina ha hecho cambiar el modo en que las personas mueren y esto ha generado un cambio en las necesidades que presentan los pacientes. Ante los procesos de final de vida es importante que se traten los aspectos que van más allá del cuerpo y es a través de la comunicación y relación terapéutica como se consigue.

**OBJETIVOS:** analizar la eficacia de la comunicación y relación terapéutica en los procesos de final de vida y los elementos que las favorecen y facilitan y las barreras que las dificultan.

**METODOLOGIA:** se realizan 4 búsquedas bibliográficas en las bases de datos de referencia CINAHL, SCOPUS, DIALNET, CROCHANE, CUIDEN, SICIOLO, BIOMED y PSYCH INFO desde noviembre de 2016 hasta el enero de 2017 sobre el papel de la comunicación y relación terapéutica en el cuidado paliativo al final de vida por parte de los profesionales de enfermería.

**RESULTADOS:** factores como formación, experiencia y entorno parecen determinantes para el desarrollo de una adecuada comunicación y el establecimiento de una eficaz relación terapéutica. Factores personales propios (profesionales) y ajenos (pacientes y familia) influyen en su desarrollo y es necesario sean tenidos en cuenta delante cualquier intervención que realizamos.

**CONCLUSIONES:** la eficacia en el desarrollo de la relación y comunicación terapéutica mejora el proceso que viven las personas al final de vida. Fomentar la formación e invertir en reducir las barreras es calve para favorecerlas y prestar la atención que el final de vida requiere.

**Palabras clave:** relación terapéutica, comunicación, final de vida, cuidados paliativos

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** the advancement of medicine has changed the way in which people die and this has resulted in a change in the needs which patients present. When facing end-of-life processes, it is important that aspects which go beyond the body are addressed. This is achieved by means of communicating and establishing therapeutic relationships.

**OBJECTIVES:** to analyze the effectiveness of therapeutic communication and relationships in the processes of end-of-life, the elements which favor and facilitate it, and the barriers which hinder it.

**METHODOLOGY:** four bibliographic searches in CINAHL, SCOPUS DIALNET, CROCHANE, CUIDEN, SICIOLO, BIOMED, and PSYCH INFO were performed between November 2016 until January 2017 on the role of therapeutic communication and relationships in palliative care at the end of life by nursing professionals.

**RESULTS:** factors such as training, experience and environment seem to be essential for the development of an appropriate communication and for the establishment of an effective therapeutic relationship. Personal factors (professional) and others (patients and family) influence the development. It is necessary that they are taken into account before any intervention is performed.

**CONCLUSIONS:** the effectiveness in development of the therapeutic communication and relationships improves the process through which people go at the end of life. Promoting training and investment in reducing the barriers is key to encourage them and pay them the required attention that the end of life requires.

**Key words:** Therapeutics relationships, communication, end of live, palliative care.

## 1- INTRODUCCIÓN

Culturalmente la muerte es vista en nuestra sociedad como un tema tabú, difícil de abordar y a al que solo se hace frente cuando nos toca de cerca y resulta irremediable.

En las últimas décadas, las características con que llegamos a ella han cambiado sensiblemente y gracias a los avances de la medicina, multitud de enfermedades que antes nos mataban ahora no lo hacen, sino que se convierten en patologías crónicas con las que la gente vive y también muere.

En España por ejemplo, actualmente más de trescientas mil personas mueren cada año a causa de una enfermedad crónica que cursa de forma evolutiva y progresa hasta el punto que el pronóstico de vida resulta limitado.(Mateo, D., Gómez-Batiste, X., Limonero, J., Martínez-Muñoz, M., Buisan, M., de Pascual, 2013)

Por lo tanto, este cambio, también ha generado un cambio en las atenciones de salud que tales situaciones requieren, y llegado el momento, unas atenciones especiales para el afrontamiento de la muerte.

La mayoría de trabajos que abordan estas cuestiones están de acuerdo que es necesario prestar una atención integral tanto al paciente como el entorno de este, a fin de resolver las cuestiones que durante el proceso surgen (Mateo, D., Gómez-Batiste, X., Limonero, J., Martínez-Muñoz, M., Buisan, M., de Pascual, 2013) y remarcan la importancia de anteponer la calidad al cuidado delante de las situaciones irreversibles.

Uno de los aspectos que parece coger más relevancia en estos procesos son el comunicativo y relacional con pacientes y familiares, pues lo que afecta a estos no solo es abordable desde la ciencia y la técnica que la patología requiere, sino que es necesario cubrir todas aquellas cuestiones que van más allá como son las emociones, sentimientos y factores psicosociales que de sus procesos se desprenden.

Es por ello, que en el presente trabajo quiero profundizar en cómo estos procesos comunicativos y relacionales afectan a los pacientes, aparte de averiguar cuáles son los elementos que los favorecen y barreras actualmente existentes.

## **2- MARCO TEORICO**

### **2.1 Cuidados paliativos**

Solemos llamar cuidados paliativos al tipo de cuidados que prestamos a los pacientes que se encuentran en la fase final de vida o de últimos días. Pero es importante empezar por aclarar, que cuando hablamos de ellos, realmente lo hacemos de algo que supone o ha de suponer mucho más.

La Organización Mundial de la salud define los cuidados paliativos como aquellos que ofrecen un “enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”(Sepúlveda, Marlin, Yoshida, & Ullrich, 2002), (Graham & Clark, 2008).

Y siguiendo en la misma línea, mas adelante amplía, propone y aclara que estos cuidados: (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011)

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan acelerar o retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado de los pacientes.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a las familias durante la enfermedad de los pacientes y el duelo.
- Ofrecen sistemas de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir activamente hasta la muerte.
- Utilizan la aproximación de los equipos para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad.
- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad y al mismo tiempo con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

Si leemos con detenimiento la definición, rápidamente observamos que esta incluye varios aspectos que merecen hacer un aparte como es: a quien va dirigido este tipo de cuidado, que aspectos de la persona debemos tener en cuenta o cuando es necesario llevarlo a cabo.

En lo que refiere a quien va dirigido y cuando, el cuidado paliativo se ofrece a todo aquel que se encuentra delante de un proceso avanzado y que conllevara irremediablemente su muerte, pudiéndose producir esta tanto en horas, días o meses.

Más concretamente, en el Plan Estratégico del Sistema Nacional de Salud (SNS), vemos definido este concepto. En él se habla de que los cuidados paliativos los recibirán todos aquellos que presenten las siguientes características: (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011)

- Enfermedad incurable, avanzada y progresiva.
- Pronóstico de vida limitado.
- Escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos.
- Evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades.
- Intenso impacto emocional y familiar.
- Repercusiones sobre la estructura cuidadora.
- Alta demanda y uso de recursos

Referente a los aspectos que debemos tener en cuenta, la definición introduce conceptos que a menudo se tienen poco en cuenta en otros tipos de cuidados, como son la importancia del papel de la familia durante el proceso y su estado, las emociones o aspectos espirituales del paciente y familia, los deseos y necesidades que puedan presentar estos y la prioridad del cuidado de confort por delante del curativo.

Así pues, las intervenciones paliativas, se basan fundamentalmente en las necesidades de los pacientes y familiares, más que en un plazo concreto de supervivencia esperada (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011) y deben tomarse en consideración en todas y cada una de las fases de la enfermedad grave, variando su grado de implicación en función del momento en que esta se encuentra, ya sea en la fase aguda, crónica o de final de vida, que es el momento en que ya no se responde al tratamiento activo o curativo. (Antequera et al., 2006)

Es necesario que el equipo que administra estos cuidados y atenciones esté debidamente formado. Este debe tener la capacidad de tratar y afrontar tanto los diferentes niveles de complejidad que el proceso presenta, como el gran impacto emocional que la proximidad de la muerte produce en el enfermo, familia y equipo terapéutico. (Vallés Martínez, Casado Fernández, Natalia. García Salvador, Isidro. Manzanas Gutiérrez, & Sánchez Sánchez, 2014)

Estos equipos son interdisciplinarios y están formados esencialmente por médicos, personal de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud y su objetivo último es, siguiendo la línea que ofrece la OMS, prevenir y aliviar el sufrimiento y

conseguir la mejor calidad de vida posible de pacientes y familiares a partir del abordaje de las necesidades que estos presenten.

En Cataluña existen multitud de recursos que ofrecen esta atención debido a que el despliegue de este tipo de servicios ha crecido exponencialmente en los últimos tiempos.

A continuación detallamos las características de cada uno de ellos.

**Recursos específicos de cuidados paliativos en Catalunya** (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2012)

**Programa de atención domiciliaria d' equipos de apoyo (PADES):** Equipos sanitarios de valoración y apoyo que prestan su atención en el domicilio. Están formados por un equipo interdisciplinar (médico, personal de enfermería y un trabajador social) y centran su actuación en aquellos casos complejos que requieren de mayor especialización. Por otro lado realizan labores de coordinación entre diferentes niveles asistenciales y actuaciones formativas a nivel de atención primaria.

**Unidades funcionales interdisciplinarias socio sanitarias de cuidados paliativos (UFISS-CP):** Equipos de apoyo interdisciplinarios y especializados que trabajan en el ámbito hospitalario (agudos) dando apoyo en la valoración y control de la población diana (terminales, geriátricos...)

**Equipos de evaluación integral ambulatoria (EAIA):** Servicios sanitarios de atención diurna ambulatoria. Estas unidades desarrollan su actividad sobre personas con enfermedad avanzada y terminal vía visitas en consulta y ofreciendo una atención integral.

**Hospital de día:** Servicios de atención diurna ambulatoria destinados a personas con enfermedad avanzada y terminal. Aquí el paciente acude y puede ser provisto de todos los cuidados que recibiría en el hospital en régimen de ingreso (diagnostico, tratamiento, rehabilitación...) pero sin que este se produzca.

**Unidades de Cuidados Paliativos:** Unidades específicas de hospitalización destinadas a enfermos en situación de enfermedad avanzada o en proceso de final de vida que requieren de ingreso. Estas pueden estar ubicadas tanto en centros sociosanitarios como en unidades sociosanitarias de hospitales de agudos.

**Recurso privado de cuidados paliativos:** Unidades o equipos asistenciales de titularidad privada. Su actividad puede producirse a cualquier nivel (internamiento, domiciliaria...)

Como podemos observar al hablar de los recursos disponibles, tanto nos referimos a equipos como a unidades especializadas. Pero la atención paliativa no siempre es realizada por profesionales que están en alguno de estos, por ejemplo, encuentro a faltar la mención de equipos de apoyo que acudan a residencias o la disposición de unidades específicas a pesar que llegado el momento sus usuarios son candidatos a esta.

En el trabajo nos centraremos en cómo se realiza la atención por parte de los equipos de trabajo que atienden en el final de vida, ya sea formando parte de alguno de estos recursos o no.

## **2.2 Competencias y rol de enfermería en los cuidados paliativos**

El colectivo enfermero dedicado específicamente a los cuidados paliativos ha sido coprotagonista del nacimiento y desarrollo de esta modalidad asistencial desde sus inicios. Tanto a nivel internacional, a través de Cicely Saunders de Inglaterra en la década de los sesenta, como en España en la década de los ochenta.

El motivo principal de ello es que los profesionales de enfermería eran los que detectaban las carencias existentes en los cuidados que se prestaban a los pacientes cuya enfermedad ya no respondía a un tratamiento curativo (Adell, Albuquerque, Barquero, Bleda, & Codorniu, 2009) y producía, ya en aquel momento, la demanda de un enfoque más adecuado de los cuidados que eran necesarios.

En la atención paliativa, si tenemos en cuenta el doble sentido que tradicionalmente da la profesión al cuidar, enfermería basa su actuación tanto en la aplicación de un tratamiento técnico y especializado como en el cuidado a través de la preocupación por la persona y sus necesidades desde un enfoque global e integral.(Codorniu N., Bleda M., Albuquerque E., Guanter L., Adell J., García F., 2011)

La planificación y ejecución de los cuidados paliativos se realiza desde la individualidad, continuidad, flexibilidad, accesibilidad, polivalencia y el contenido multidisciplinar. Los cuidados paliativos han de responder a las incidencias evolutivas de la enfermedad y el control de sus síntomas, ayudar a cubrir necesidades básicas y en la planificación de la vida cotidiana, facilitar la adaptación y aportar apoyo emocional, contribuir a una adecuada comunicación, respetar valores, creencias y formas de vida, instruir a la familia en el cuidado y colaborar con el equipo o recursos implicados a través del trabajo interdisciplinario. (Codorniu N., Bleda M., Albuquerque E., Guanter L., Adell J., García F., 2011)

Para ello es necesaria la adquisición de unos conocimientos y habilidades que han de dotar al profesional enfermero de las capacidades necesarias para hacer frente a las diferentes situaciones que este tipo de atención produce.

En un documento elaborado por la Asociación Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) (Adell et al., 2009), se describen detalladamente todas y cada una de estas competencias a adquirir según el nivel formativo en el que nos encontramos (ver enlace bibliografía). En resumen, las correspondientes al nivel básico, hacen referencia a las adquiridas durante los estudios de grado. El nivel intermedio, a todas aquellas formaciones continuas que han de recibir los profesionales que ocasionalmente atienden a pacientes paliativos en sus lugares de trabajo y el nivel avanzado, a las que han de tener todos aquellos profesionales que trabajan en lugares especializados.



Un dato que no deja de sorprender es que hasta que no se adquiere un nivel avanzado no se menciona explícitamente la comunicación o relación como competencias a adquirir, aun cuando ambas son necesarias delante cualquier interacción con el paciente o su familia y sea cual sea su estado, su desarrollo es una constante. (Vidal Blan, Adamuz Tomás, & Feliu Baute, 2009).

La relación terapéutica y la comunicación deben ejercer de eje de unión entre el trato y la cura que se realiza y más aun en los cuidados paliativos. Los aspectos de índole más emocional o psicológica deben ser abordados de una forma u otra por cualquier profesional, en especial por enfermería, que aunque no sea especialista en psicología, la situación que ocupa delante el paciente conlleva que de forma irremediable haya de hacer frente a estas necesidades.

### **2.3 La relación terapéutica**

La relación terapéutica la podemos definir como un proceso interpersonal entre paciente y enfermera. Una relación de propósitos específicos que está orientada a un objetivo en concreto: favorecer en la medida de lo posible los intereses y pronóstico del paciente (Grinspun, 2002) y podríamos añadir acompañarlo a lo largo de su proceso.

Autores como Sarrado, JJ (García Laborda & Rodríguez Rodríguez, 2005) la definen como una negociación intersubjetiva en la que a través del discurso que se establece entre terapeuta y paciente se va construyendo y reconstruyendo el binomio salud-enfermedad.

Actualmente, como decíamos antes, para enfermería el establecimiento de una buena relación terapéutica aparece como una de las necesidades más importantes (Vidal Blan et al., 2009) y se convierte en uno de los pilares fundamentales de su práctica y elemento clave.

Paplaou, 1952 citado por (Grinspun, 2002) identifica en su trabajo tres fases por las que debe pasar cualquier relación terapéutica: **Orientación, trabajo y resolución.**

En la fase de **orientación**, explica que es donde se establecen los parámetros elementales de la relación. En esta fase es donde el paciente y enfermería se conocen y aprenden a confiar el uno en el otro.

Aquí los profesionales de enfermería averiguan cuales son las necesidades del paciente y los priorizan a fin de dar la mejor respuesta. En esta exploración inicial, la manera de comunicarse, coherencia y conocimiento son claves para el buen desarrollo y el inicio pasa indiscutiblemente por la aceptación del paciente que se atiende.

En la fase de **trabajo**, es donde se producen la mayoría de las intervenciones de enfermería. Durante esta fase es donde se tratan tanto las necesidades antes detectadas como las nuevas que puedan surgir. Es importante no dejar temas pendientes para evitar la inestabilidad emocional que en el paciente puedan generar.

Para conseguirlo, es importante que enfermería continúe explorando los pensamientos, emociones y comportamientos de estos, así como que comprenda que durante el proceso se pueden alternar momentos buenos con otros no tan buenos o malos.

Y la fase de **resolución**, es la última etapa de la relación entre enfermería y paciente. Esta se produce una vez que los problemas del paciente han sido resueltos y existe entendimiento mutuo entre ambos.

A lo largo de todo este proceso, se ha de tener en cuenta que en su desarrollo pueden intervenir otras fases no terapéuticas como el forcejeo, resistencia o alejamiento mutuo y hay que saberlas detectar a fin de intervenir para resolverlas.

El buen final de la relación terapéutica puede ocasionar sentimientos encontrados o de pérdida, por eso es importante que se compartan las emociones que esta finalización supone y los aspectos positivos que esta relación ha aportado con el fin de trabajarlos. Este proceso reporta un crecimiento personal tanto a enfermería como al paciente.

Los elementos clave en los que se sustenta dicha relación son la confianza, el respeto, la honestidad y la efectividad de la comunicación. (Grinspun, 2002)

En toda relación terapéutica entre el paciente y los profesionales de enfermería, como en toda relación, cada uno aporta sus valores, cualidades y biografía personal y todo ello dentro de un marco socio-económico y cultural (García Laborda & Rodríguez Rodríguez, 2005) que conlleva inevitablemente interpretaciones desviadas del discurso del otro. Dicho de otro modo, los factores personales intervienen en la relación.

**Factores personales del profesional** que intervienen en la relación (García Laborda & Rodríguez Rodríguez, 2005):

**La orientación teórica:** Visión particular que se tiene al seleccionar determinados contenidos. Estos están influidos por la formación, experiencia y empleo y determinan tanto lo que se observa y percibe como la prioridad e intervención que se realiza.

**Variables socioeconómicas:** Como son la edad, sexo, género, etnia, estatus o clase social, situación económica.

**Variables individuales:** Características personales que se manifiestan a través de la conducta y apariencia.

Es importante destacar acerca de estas, que para que no influyan negativamente en la relación, los profesionales de enfermería deben tener un gran conocimiento de sí mismos, gran capacidad de adaptabilidad ante los contextos cambiantes y aspectos bien trabajados como la sociabilidad, empatía y capacidad para identificar y aparcar juicios propios.

**El uso del lenguaje:** Comunicación más allá de las palabras. Emociones y sentimientos influidos por sus propias creencias o valores y que se transmiten a los pacientes.

Este último punto es un elemento clave, pues resulta la herramienta con la que se articula toda relación e influye en todos sus procesos. Es por ello que en este trabajo se ha querido trabajar y desarrollar en un tema aparte.

## **2.4 Comunicación terapéutica.**

La comunicación como herramienta puede ser aprendida y entrenada.

Algunos autores han definido la comunicación terapéutica como una relación entre el profesional y el paciente, su familia o ambos que tiene repercusión directa en los objetivos de la misma (es terapéutica) y que por tanto su establecimiento o mantenimiento representan un objetivo por sí mismo para el profesional, por Ruiz Moral, citado en (González & De Llanera, 2014) o como la comunicación específica para una relación en la que una persona ejerce el papel de ayuda sobre otra. (Valverde Gefaell, 2007)

La comunicación terapéutica, según Valverde (2007), constituye un nuevo enfoque en los cuidados enfermeros en el que el centro de trabajo es el paciente. En ella se tiene en cuenta todo lo que el paciente dice, vive y siente así como la respuesta que da el profesional que lo atiende.

Valverde afirma que debemos tener en cuenta los aspectos emocionales, psicológicos, culturales, sociales y familiares pues son de vital importancia para la salud del paciente y que en gran medida la experiencia de enfermedad y calidad de vida que este tenga dependerán de la atención que a estos se preste.

Aquí de igual manera que con la relación es necesario que los profesionales de enfermería piensen y reflexionen antes de cualquier intervención pues para que la comunicación terapéutica sea efectiva es necesario empezar por ver qué objetivo persigue esta.

Como decíamos antes, es importante se preste especial atención a las emociones del paciente, se le acompañe en sus reflexiones y se fomente la autoreflexión y autoobservación. (Valverde Gefaell, 2007)

La literatura nos habla de que la comunicación terapéutica divide sus objetivos en los orientados al paciente y los orientados a los profesionales.

### **Objetivos orientados al paciente:**

Hacer que se sienta el centro de los cuidados y protagonista de la resolución y abordaje de sus problemas, sea escuchado y tenido en cuenta durante el proceso por el profesional, sienta que es ayudado (González & De Llanera, 2014) y que para este, la experiencia de la enfermedad que vive es importante. Que pueda comunicar sus vivencias y perciba que su sufrimiento (físico y emocional) es creído y tomado en serio. Acompañarlo y ayudarlo para que tenga la posibilidad de identificar, sentir, saber y decidir sobre todo al respecto de cómo vivir su situación para poder enfrentarse a la enfermedad, mejorar una situación difícil, encontrar maneras de ser y los recursos personales más satisfactorios para desarrollar su

sentido de la vida delante de una situación nueva (enfermedad, discapacidad, etc.) (Valverde Gefaell, 2007)

### **Objetivos orientados al profesional:**

Crear una relación terapéutica eficaz con los pacientes, aumentar la eficacia y satisfacción de la intervención y desarrollar un "saber profesional" por medio del pensamiento terapéutico (González & De Llanera, 2014). También disminuir posibles frustraciones y aceptar que el sufrimiento es uno de los temas centrales en enfermería, aumentar el interés por la complejidad de los procesos que se atienden y sentirse en definitiva más humano (Valverde Gefaell, 2007)

Como podemos observar aquí ya se nos introducen los conceptos antes trabajados de la relación y es que comunicación no es nada sin relación de la misma manera que relación no será nada sin comunicación.

Para que ambas se puedan desarrollar de manera eficaz es importante conocer cuáles son aquellas actitudes y habilidades que las potencian y favorecen.

**2.5 Actitudes que favorecen la relación terapéutica:** Empatía, aceptación incondicional y la autenticidad. (Bados, A. i Garcia, 2011)

**Empatía:** Es la capacidad de comprender a las personas desde su propia perspectiva de las cosas o vida en lugar de hacerlo desde la nuestra y la capacidad de saber comunicar que esta comprensión se produce.

Esto implica saberse situar en el lugar del otro y comprender el motivo o fondo de los sentimientos, percepciones y acciones que el paciente vive. Dicho de otra manera, conseguir ver las cosas no como son objetivamente para nosotros o como las veríamos de estar en su lugar, sino verlas tal cual las ve el paciente comprendiendo el significado más allá de las expresiones.

**Aceptación incondicional:** es la capacidad de aceptar al otro tal y como es, sin prejuicios y valorándolo como la persona que es.

Para que esta se produzca, se requiere de compromiso demostrado a través del interés en ayudar y el despliegue de las habilidades necesarias para conseguirlo, de comprensión que se demuestra escuchando atentamente y mostrando interés a través de preguntas exploratorias, confirmatorias o de expresiones de comunicación no verbal y de una actitud no valorativa, dejando patente que no se enjuicia nada de los mensajes que se reciben.

**Autenticidad:** implica ser uno mismo y comunicar los propios sentimientos y experiencias internas. El profesional que atiende debe poder expresar algo de sí mismo siempre y cuando se realice en beneficio del paciente.

Este punto, como los otros anteriores, no resulta a menudo fácil de desarrollar, pues puede fácilmente conducir a confusión. Auténtico de ninguna manera quiere decir yo soy así y así me expreso, pienso o siento, sino que quiere decir que sin renunciar a como es uno mismo, se es capaz de conseguir llegar al otro de manera que este se sienta seguro y respetado.

Con la autenticidad es donde el profesional demuestra que puede y expresa opiniones que le son propias, con medida, tacto y como decíamos antes, siempre en beneficio del paciente. También puede reconocer errores o ofrecer contenidos de carácter más privado a fin que se estrechen lazos pero con medida, pues no es bueno que se desdibujen los roles que a cada uno pertenecen.

**Escucha activa:** Es la manera de escuchar que facilita que los pacientes hablen sobre sí mismos, de sus problemas y comuniquen información relevante con el objetivo de comprenderlos mejor. La escucha activa favorece la relación terapéutica y ayuda a los pacientes en los procesos de cambio.

Esta implica tres actividades:

**Recibir el mensaje** con atención e interés por el mismo, valorando el uso que hace el paciente de recursos como son la comunicación verbal, no verbal y la actitud que presenta hacia el profesional.

**Procesar los datos recibidos** discriminando aquellos que no son importantes y centrándonos en los que si a fin de establecer su significado sin dejarnos influenciar por nuestras propias emociones, valores o creencias.

**Emitir respuestas de escucha** vía el uso de comunicación verbal y no verbal como miradas amigables, asentimientos de cabeza, orientación corporal, expresiones de interés o comentarios como "sí", "ya veo" o "entiendo" entre otros.

## **2.6 Habilidades de comunicación terapéutica** (Bados, A. i Garcia, 2011)

Podemos distinguir entre las habilidades de escucha, es decir, aquellas que van orientadas a realizar una escucha eficaz y que favorecen la recepción y respuesta que se da una vez recibido el mensaje y las respuestas de acción, recursos más directos que favorecen el desarrollo y son capaces de direccionar la conversación.

**Habilidades de escucha:** las más sencillas y las más utilizadas, son las que hemos mencionado anteriormente en la escucha activa. Mirada amigable, orientación corporal, expresiones de interés... son recursos que no requieren de mucho entrenamiento, pero si gran atención a lo que se está haciendo y que normalmente con la actitud adecuada ya se producen.

Por otro lado, existen otros recursos que si necesitan de mayor entrenamiento y que resultan muy eficaces en la escucha al paciente. Estos son la clarificación, paráfrasis, reflejo y síntesis.

**Clarificación:** habilidad que persigue aclarar o confirmar el mensaje que se está recibiendo a fin de no dejar dudas sobre él. Se realiza pidiendo al paciente que concrete lo que está explicando a partir de un “¿quiere decir que...? o ¿a qué se refiere con...? entre otros o bien pidiendo textualmente que nos explique algo con otras palabras o nos proporcione más detalles.

**Paráfrasis:** habilidad que al igual que la anterior persigue además de aclarar, profundizar sobre el contenido del mensaje. Esto facilita al paciente el abordaje de asuntos que le son más complejos y se realiza a partir de la repetición con otras palabras del contenido del mensaje recibido con la finalidad de organizarlo o resumirlo.

**Reflejo:** esta habilidad busca confrontar al paciente con sus propios sentimientos ya sean los explícitos o los implícitos. Si en la paráfrasis se ayudaba a profundizar sobre el contenido del mensaje, en el reflejo se ayuda a abordar el aspecto puramente emocional. El profesional expresa los sentimientos o emociones que de la conversación se derivan teniendo en cuenta las circunstancias y contexto en que se encuentran.

**Síntesis:** habilidad que persigue resumir ya sea vía paráfrasis o reflejo, el contenido de toda la conversación con el objetivo de afianzar los contenidos tratados. Es muy útil al finalizar una conversación o al iniciar una después de haber tenido ya algunos contactos.

**Respuestas de acción:** Las más comunes son las preguntas, la confrontación, la interpretación y la información.

**Preguntas:** las utilizamos con el objetivo de clarificar pero también para obtener más información y ayudar al paciente a reflexionar sobre su discurso y proceso.

De preguntas tenemos de **abiertas y cerradas**.

En las **preguntas abiertas** buscamos que el paciente cuente con sus palabras el tema a tratar. Estas facilitan que aparezcan nuevos temas o los difíciles de abordar, ayudan sobre todo en el inicio de la conversación y a obtener información, situarse y establecer la futura relación.

En las **preguntas cerradas** el objetivo es concretar alguna de las respuestas abiertas y concretar de manera muy exacta la información recibida. Referente a estas, es importante tener en cuenta que muchas pueden hacer sentir al paciente como en un interrogatorio, lo que romperá todo el proceso comunicativo y su finalidad.

Tanto en las preguntas abiertas como cerradas es importante no someter al paciente a una presión innecesaria. Es importante dar tiempo para que el paciente responda, formularlas de una en una, alternarlas entre sus tipos y no realizar ninguna de acusatoria. Las preguntas hipotéticas nos pueden ayudar en la profundización de algún tema.

**Confrontación:** Consiste describir al paciente una posible incongruencia entre dos de sus mensajes verbales, su comunicación verbal y no verbal, lo que dice y lo que hace o lo que

dice el paciente y lo que afirman otras personas. La finalidad es puramente aclarar las posibles discrepancias que se dan con el fin de ayudar al paciente a que las identifique y las pueda trabajar. Es conveniente abordar solo aquellas que son importantes.

**Interpretación:** trata de interpretar los mensajes que se reciben del paciente y comunicar a este la posible relación existente entre sus conductas, emociones, pensamientos y actuaciones con el fin de proporcionar una explicación a sus problemas y comportamientos. El objetivo principal es que el paciente obtenga una nueva perspectiva sobre sus problemas y esta le ayude cambiar.

**Información:** Comunicación de datos o aspectos que el paciente desconoce. Es útil para ayudar al paciente a tener información veraz y se reduzca la que pueda ser errónea. De esta manera, este puede ser más consciente de los resultados de sus decisiones, deshacer mitos o abordar aspectos que ha estado evitando.

De igual manera que es importante poseer unas determinadas habilidades y actitudes en la comunicación y relación terapéutica, es importante también tener en cuenta cuales son aquellos aspectos que nos pueden suponer una barrera. En este último punto del apartado del trabajo, me propongo identificar alguna de estas a modo de lista con el fin de que puedan ser identificadas cuando se producen y evitadas.

## **2.7 Obstáculos de la comunicación y relación terapéutica**

Dar órdenes, retraer, amenazar, moralizar, evaluar, culpabilizar, aconsejar, dar soluciones inmediatas, juzgar, criticar, halagar, adular, ridiculizar, insultar, no dar importancia al problema, interpretar o comparar con otras personas.

Actualmente, en la práctica diaria estos obstáculos se observan con demasiada frecuencia y hacen replantear como futuros profesionales como es que aunque existe un gran conocimiento en relación a los temas tratados, estos modelos o maneras de prestar atención no acaban de llegar correctamente a nuestros pacientes.

Ciertamente, la duda recae en si a pesar de la teoría, ésta no se puede aplicar o todo y aplicarse no es eficiente o no da los resultados esperados.

### **3- OBJETIVOS:**

#### **Objetivo general:**

Analizar la eficacia de la comunicación y relación terapéutica enfermera en el cuidado paliativo de las personas adultas en situación de final de vida.

#### **Objetivos específicos:**

Analizar los factores facilitadores de la comunicación y relación terapéutica.

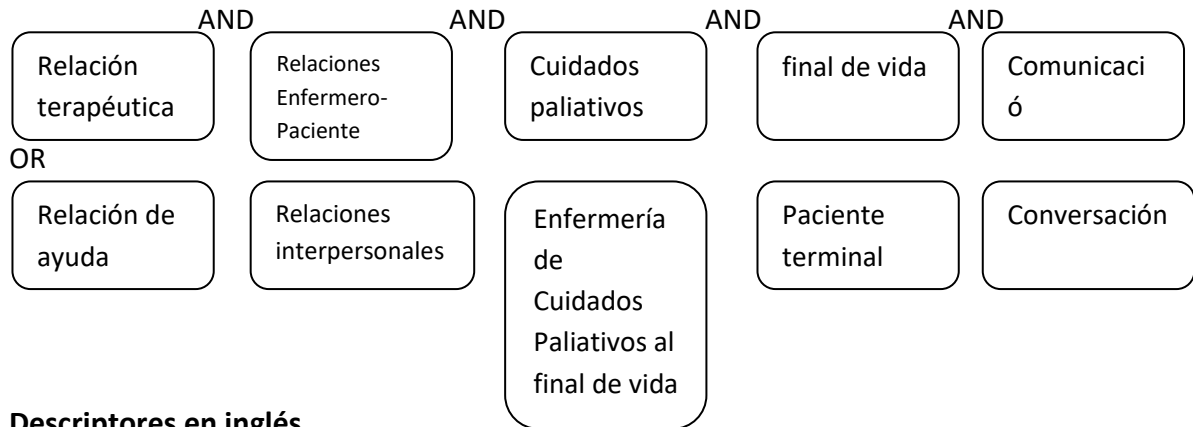
Analizar las barreras existentes para la comunicación y relación terapéutica.

## 4- METODOLOGIA

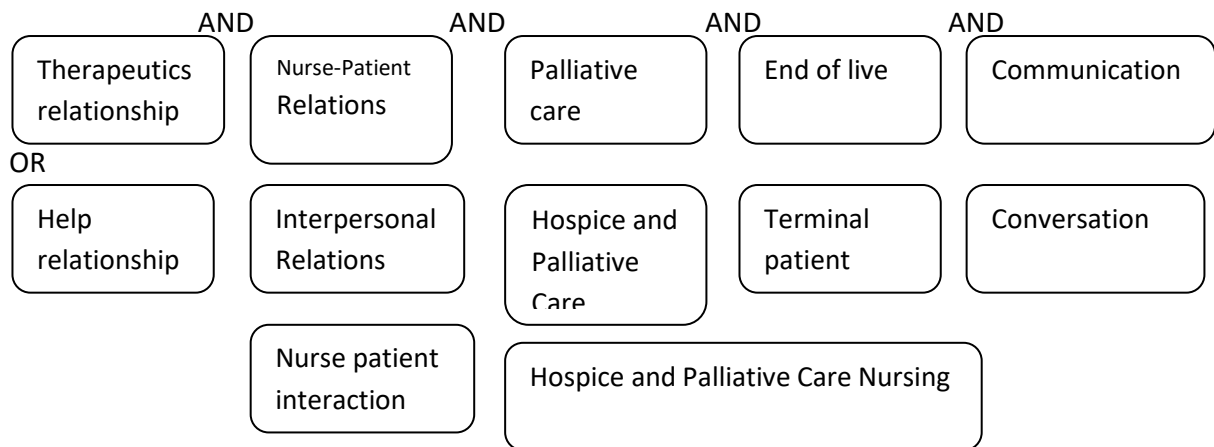
Se realizan 4 búsquedas bibliográficas en las bases de datos de referencia CINAHL, SCOPUS, DIALNET, CROCHANE, CUIDEN, SICELO, BIOMED y PSYCH INFO desde noviembre de 2016 hasta el enero de 2017 sobre el papel de la comunicación y relación terapéutica en el cuidado paliativo al final de vida por parte de los profesionales de enfermería.

### 4.1 Descriptores

#### Descriptores en castellano



#### Descriptores en inglés



### 4.2 Estrategia de búsqueda

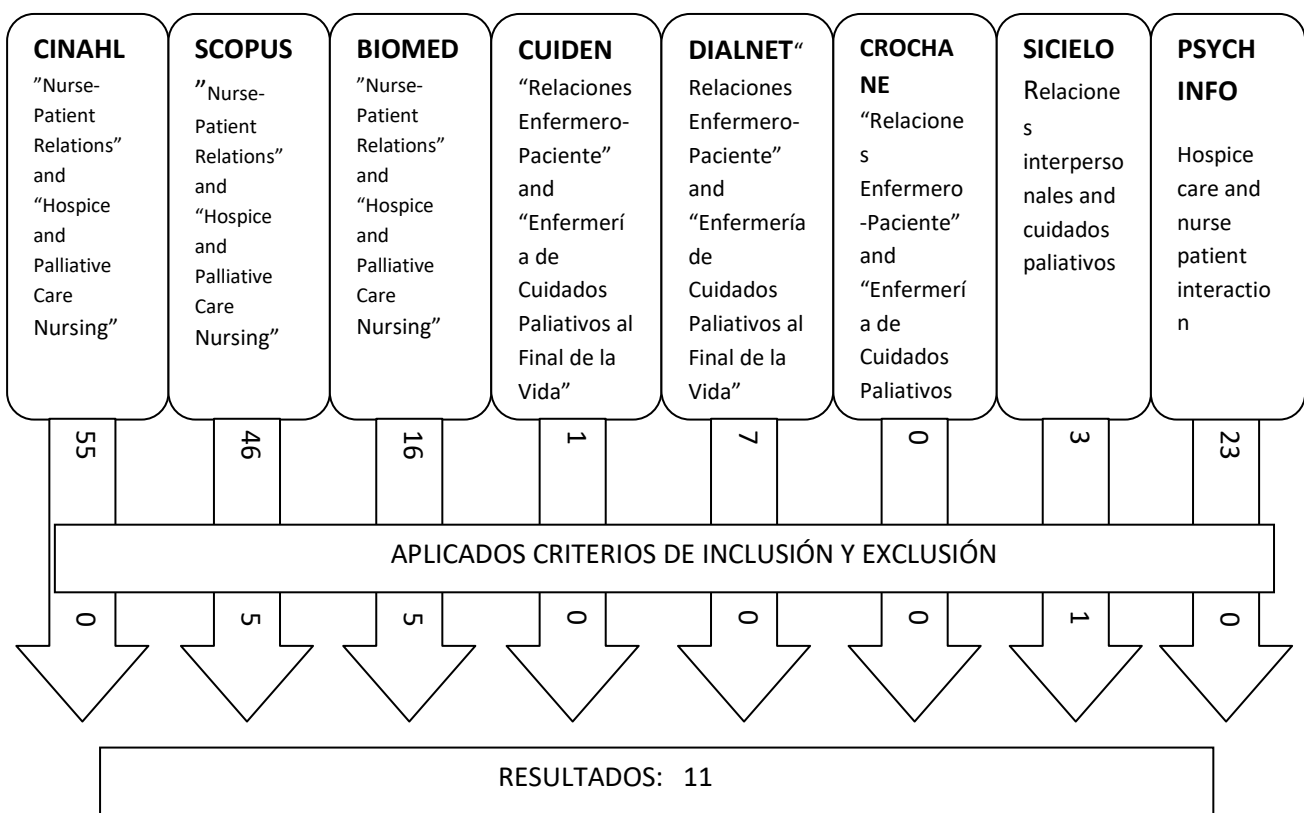
La estrategia de búsqueda utilizada en el presente trabajo se ha estructurado en 4 búsquedas independientes a partir de la combinación de diferentes descriptores.

Esta fórmula ha sido la escogida debido a que en primera instancia y después de elaborar diferentes formatos de búsqueda más completos y utilizando operadores como el OR o el AND o ambos juntos, se identificó una pérdida de resultados que consideraba importante. Esto lo atribuyo al funcionamiento de algunas de las bases de datos que mostraban resultados muy dispares dependiendo del operador de búsqueda o formula que utilizase.



Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Estudios realizados entre 2010 y 2016. Artículos publicados en inglés, español o portugués. Artículos con acceso al documento completo. Artículos donde el objetivo de estudio esté orientado a personas adultas.	Artículos sin autor. Artículos sin fecha de publicación. Artículos que no trabajen la temática del estudio. Artículos orientados exclusivamente a la profesión médica.

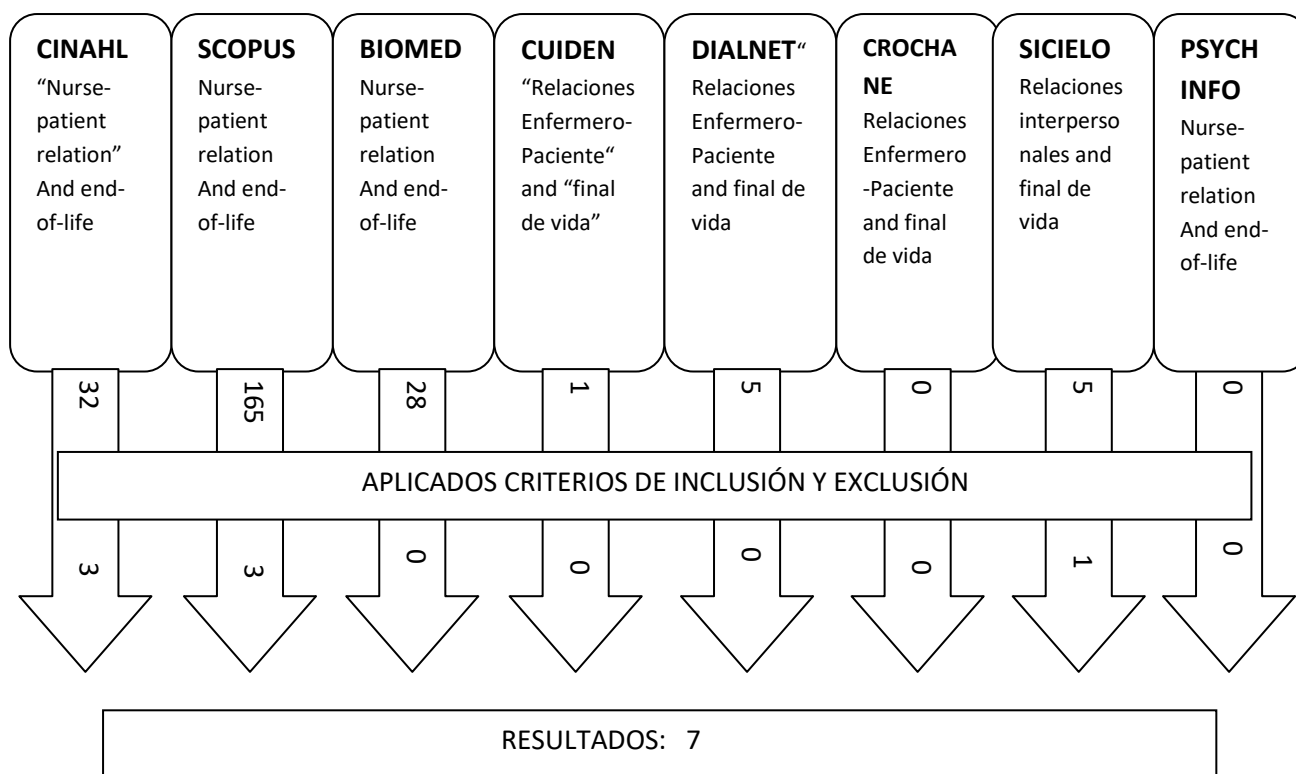
**Búsqueda 1:** Estrategia de búsqueda sobre la relación terapéutica enfermera y los cuidados paliativos al final de vida



**Tabla de la eficacia de resultados**

Base de datos	Total artículos	Artículos relevantes	Taxa de precisión
CINAHL	55	0	0
SCOPUS	46	5	0.1086
BIOMED	16	5	0.3125
CUIDEN	1	0	0
DIALNET	7	0	0
CROCHANE	0	0	0
SICIELO	3	1	0.3333
PSYCH INFO	23	0	0

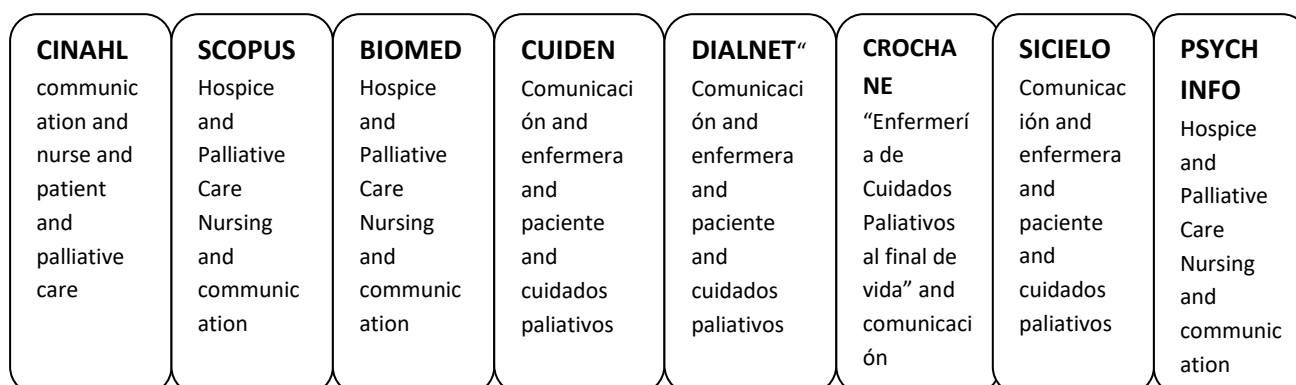
**Búsqueda 2:** Estrategia de búsqueda sobre la relación terapéutica enfermera y el proceso final de vida.

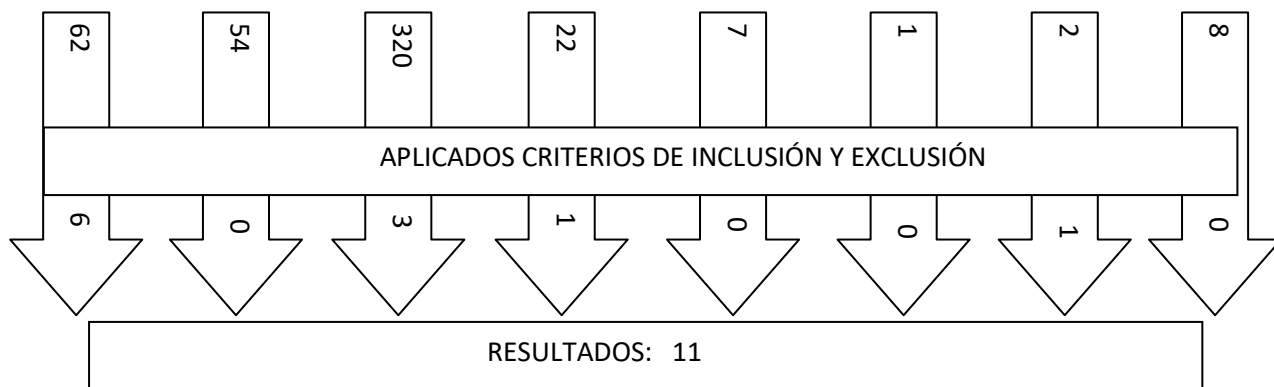


**Tabla de la eficacia de resultados**

Base de datos	Total artículos	Artículos relevantes	Taxa de precisión
<b>CINAHL</b>	<b>32</b>	<b>3</b>	<b>0.09375</b>
<b>SCOPUS</b>	<b>165</b>	<b>3</b>	<b>0.01818</b>
<b>BIOMED</b>	<b>28</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>CUIDEN</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>DIALNET</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>CROCHANE</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>SICIOLO</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>0.2</b>
<b>PSYCH INFO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Búsqueda 3:** Estrategia de búsqueda sobre la comunicación enfermera y el cuidado paliativo:

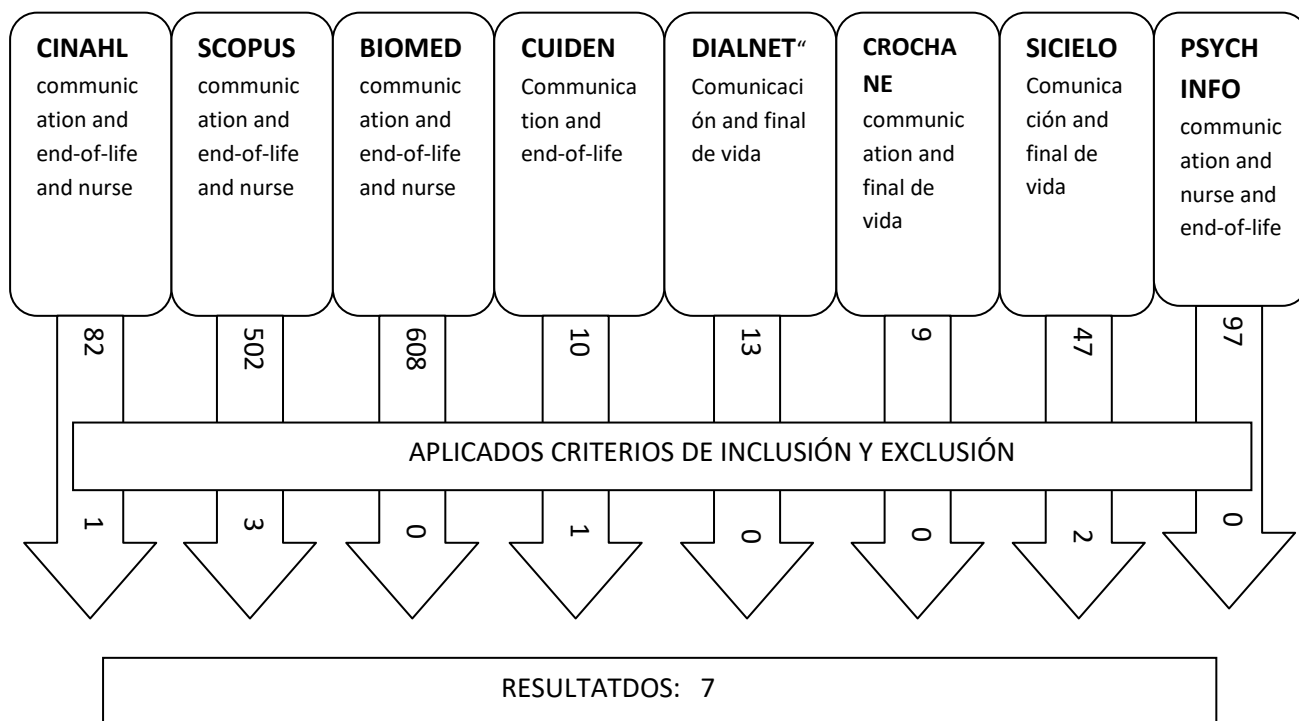




**Tabla de la eficacia de resultados**

Base de datos	Total artículos	Artículos relevantes	Taxa de precisión
CINAHL	62	6	0.0967
SCOPUS	54	0	0
BIOMED	320	3	0.0093
CUIDEN	22	1	0.0454
DIALNET	7	0	0
CROCHANE	1	0	0
SICIELO	2	1	0.5
PSYCH INFO	8	0	0

**Búsqueda 4: Estrategia de búsqueda sobre la comunicación y el proceso final de vida**



### Tabla de la eficacia de resultados

Base de datos	Total artículos	Artículos relevantes	Taxa de precisión
CINAHL	82	1	0.0121
SCOPUS	502	3	0.0059
BIOMED	608	0	0
CUIDEN	10	1	0.1
DIALNET	13	0	0
CROCHANE	9	0	0
SICIELO	47	2	0.0425
PSYCH INFO	97	0	0

### TIPOLOGÍA DE ARTÍCULOS OBTENIDOS I SELECCIONADOS

CATEGORIA	Nº ART	CATEGORIA	Nº ART
Ensayo controlado	2	Estudios cualitativos descriptivos	5
Revisión bibliográfica	5	Estudios cualitativos fenomenológicos	11
Documentos teóricos	2	Estudios cualitativos descriptivos	1
Estudios de caso	1		
Estudios mixtos exploratorios	9	<b>TOTAL DOCUMENTS</b>	<b>36</b>

### 4.3 Análisis de los resultados de búsqueda.

El número total de artículos obtenidos a partir de las diferentes búsquedas ha sido de dos mil doscientos cuarenta (2240) de los cuales, después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión se han seleccionado treinta y seis (36).

En la primera búsqueda, la estrategia de búsqueda se centró en las relaciones enfermera-paciente y los cuidados paliativos de enfermería al final de vida. Se obtuvo un total de ciento cincuenta y uno (151) artículos, de los cuales, fueron seleccionados un total de once (11) artículos.

En la segunda búsqueda, la estrategia se centró en estas mismas relaciones enfermera-paciente enfocadas al proceso de final de vida. En este caso, el número de artículos obtenidos fue de doscientos treinta y seis (236) y los seleccionados siete (7).

En la tercera búsqueda, la estrategia se centró en la comunicación enfermera y los cuidados paliativos enfermeros al final de vida. Se obtuvieron cuatrocientos ochenta y cinco (485) artículos de los que se seleccionaron once (11). Cabe mencionar que en esta búsqueda se identificaron un total de nueve artículos que ya se habían encontrado en alguna de las dos búsquedas anteriores.

En la cuarta búsqueda, la estrategia se centró en la relación de la comunicación y el proceso de final de vida, obteniendo un total de mil trescientos sesenta y ocho (1368) artículos. Se

seleccionaron siete (7) y como ocurre en la búsqueda anterior en este caso el número de artículos que ya habían sido encontrados y seleccionados fue de dieciséis.

Como podemos observar muchos de los resultados se repiten, pero aun así, se da por buena la estrategia utilizada ya que en términos globales hay muchos más que no lo hacen y que de haberse realizado las búsquedas de forma diferente, o no haberlas hecho, no se habrían seleccionado.

Un dato significativo que extraemos de los resultados obtenidos lo encontramos en la tipología de artículos. Como vemos en la tabla de tipología de resultados, la mayoría de estos estudios son cualitativos o mixtos (combinan la metodología cualitativa y cuantitativa) y están realizados con muestras relativamente pequeñas, hecho que no es del todo negativo para mi trabajo pues el aspecto fenomenológico o descriptivo que desarrolla este tipo de estudio es el que permite abordar de lleno temáticas como la principal del estudio.

Los criterios utilizados para determinar la calidad de los artículos obtenidos ha sido dando respuesta mayoritariamente afirmativa a las diez preguntas que nos indican la validez y fiabilidad de los documentos encontrados, obtenidas en un documento facilitado por mi tutora para la elaboración de este trabajo.

## **5. RESULTADOS**

### **Perspectives on care and communication involving incurably ill Turkish and Moroccan patients, relatives and professionals: a systematic literature review (de Graaff et al., 2012)**

El objetivo de estudio fue analizar las experiencias del cuidado y percepciones alrededor de estos por parte de pacientes, familiares y equipo asistencial así como la comunicación utilizada y la toma de decisiones al final de vida.

Los autores concluyen que los familiares de los pacientes turcos y marroquíes tienen un papel protagonista en las decisiones al final de vida de sus familiares y hay que tener en cuenta las diferencias culturales, ya que de lo contrario, pueden suponer obstáculos y barreras al objetivo terapéutico.

### **The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying-a phenomenological hermeneutical study (Tornoe, Danbolt, Kvigne, & Sorlie, 2014)**

El objetivo del estudio fue describir las experiencias de las enfermeras en la atención existencial y espiritual a los pacientes en situación de final de vida en un hospital.

Los autores concluyeron que enfermería se esfuerza por proporcionar este tipo de atención y aligerar un poco el sufrimiento del paciente a pesar de la dificultad y efectos (ansiedad, inseguridad...) que en los profesionales conlleva. La experiencia se convierte en un elemento importante y da calidad en la atención.

Finalmente remarcan la necesidad de más investigación para determinar cómo se proporciona exactamente esta atención.

**An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective** (Nixon, Narayanasamy, & Penny, 2013)

El objetivo del estudio fue identificar y evaluar las necesidades de atención espiritual de los pacientes que se encuentran en proceso de final de vida.

Los autores concluyen que aunque enfermería se encuentra en situación de proporcionar este tipo de atención y debería ser en un futuro una de sus funciones, existen diferencias entre las profesionales que han recibido formación en este campo y las que no.

Dado que la espiritualidad es una necesidad a cubrir tanto en pacientes como familiares, es necesaria más formación y entrenamiento a fin de abordarla eficazmente, así como más investigación para determinar cómo esta atención afecta al proceso del enfermo.

**Can high-quality palliative care for respiratory patients be improved?**(Ambrosino, 2012)

El objetivo del trabajo fue analizar cuál era el nivel y calidad de la atención paliativa en una unidad de enfermos respiratorios crónicos.

El autor concluye que existen diferencias en la atención de estos pacientes crónicos y por lo tanto, no gozan de la calidad de atención que se tiene en las unidades paliativas especializadas.

Uno de los aspectos que destaca el trabajo, es la falta de calidad en la comunicación, el establecimiento de relación y correcta gestión de los procesos al final de vida.

Como causa principal, el autor lo atribuye a la falta de formación específica que entre otras cosas, lleva a los profesionales a actuar desde una perspectiva más médica obviando aspectos como la percepción de calidad que recibe el enfermo o sus deseos.

**Physician-related barriers to communication and patient- and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: a systematic review** (Visser, Deliens, & Houttekier, 2014)

El objetivo del estudio fue determinar y describir las barreras en que se encontraban los profesionales de una unidad de cuidados intensivos en la comunicación con el paciente, familia y otros profesionales ante los procesos de final de vida.

Los autores identifican más de 90 barreras que se dividen en tres grandes bloques: las relacionadas en los conocimientos, la actitud y la práctica médica.

Referente a los conocimientos, las barreras son atribuidas a la falta de formación específica en comunicación con los pacientes, la familia u otros profesionales. Referente a las actitudes, se atribuyen a que el personal médico pone más atención en salvar la vida y esta

atención impide detectar adecuadamente cuando hace falta otro tipo de cuidado y por último, las barreras relacionadas con la práctica, ponen de manifiesto la falta de confianza a la hora de asumir la responsabilidad que se tiene ante el paciente en fase final de vida.

El estudio concluye que es necesario que estas barreras sean trabajadas a fin se mejore la atención que se da a pacientes y familiares al final de vida.

**When expressions make impressions - Nurses' narratives about meeting severely ill patients in home nursing care: A phenomenological-hermeneutic approach to understanding** (Devik, Enmarker, & Hellzen, 2013)

El objetivo del estudio fue describir e interpretar las experiencias vividas por personal de enfermería cuando interactuaban con pacientes en fase final de vida en el ámbito domiciliario

Tras el análisis de las entrevistas, los autores concluyeron que hay que tomar atención a las emociones que se generan durante la atención.

El establecimiento de una adecuada relación terapéutica es necesario y a menudo difícil. En el estudio queda manifiesto que la interacción de estas emociones influye en la atención que se da y que factores personales influyen en la interpretación que hacemos de los sentimientos expresados por las personas, afectándonos de forma positiva o negativa.

**Training Intervention for Health Care Staff in the Provision of Existential Support to Patients With Cancer: A Randomized, Controlled Study** (Hench, Danielson, Strang, Browall, & Melin-Johansson, 2013)

El objetivo del estudio, fue evaluar la eficacia de un plan formativo que ponía la atención en los problemas existenciales, de confianza y de actitud de las enfermeras ante la comunicación con pacientes en proceso de final de vida.

Los autores concluyeron que el programa de formación mejoró la confianza comunicativa de los participantes a corto y a largo plazo, así como que conocer las cuestiones existenciales a las que se enfrenta cualquier persona en el final de vida mejora su proceso significativamente.

En cuanto a la actitud ésta no mejoró. En el estudio se observó que no podía ser modificada con el plan de entrenamiento, pues hablar de problemas existenciales, no influía de ninguna manera en esta.

**Communication about existential issues with patients close to death —nurses' reflections on content, process and meaning** (Strang, Henoch, Danielson, Browall, & Melin-Johansson, 2014)

El objetivo del estudio fue describir las reflexiones de los enfermeros en torno a la comunicación y problemas existenciales de los pacientes en proceso de final de vida.

El estudio concluye que hablar y compartir reflexiones en torno a las experiencias mejora la confianza y habilidades para abordar estas situaciones. Por otro lado, también pone de manifiesto la idoneidad que se fomenten prácticas de reflexión y habilidades de comunicación a fin se prevengan posibles agotamientos del personal y aumente la calidad de la atención que recibe el paciente.

**Improving communication with palliative care cancer patients at home - A pilot study of SAGE & THYME communication skills model** (Griffiths, Wilson, Ewing, Connolly, & Grande, 2015)

El objetivo del estudio fue determinar si la herramienta SAGE and THYME resulta eficaz en la mejora de la comunicación y confianza de los profesionales que atienden a paciente en situación de final de vida a domicilio.

Teniendo en cuenta que la herramienta proporciona una guía estructurada de elementos a la hora de comunicarse y unas pautas de inicio, seguimiento y cierre de conversación, los profesionales reportaron haberles sido muy útil ya que les dio seguridad y confianza.

**Effect of end-of-life care education using humanistic approach in Korea** (Jo & An, 2015)

El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de un curso de cuidados paliativos con orientación humanista.

A pesar que la muestra no fue demasiado grande, los resultados fueron bastante significativos. El grupo que fue formado expresó actitudes menos negativas y mejores habilidades de comunicación.

Aportar una visión humanista hizo coger perspectiva y comprensión de las emociones propias y ajenas y posibilitó los resultados antes mencionados. Por otro lado, este hecho proporciona a los pacientes la posibilidad de participar más y gestionar conjuntamente con profesionales más preparados el abordaje de sus necesidades.

**Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos** (Araújo & Silva, 2012)

El objetivo del estudio fue determinar si los profesionales que trabajan con enfermos paliativos valoraban la comunicación y relación interpersonal y si hacían uso de técnicas que las facilitarían.

El estudio concluyó que la mayoría de profesionales daba una gran importancia a las relaciones y comunicación con los pacientes pero que no disponían de los conocimientos adecuados para trabajarlas de forma adecuada.

Esto demostró que las habilidades en comunicación no se adquieren con el tiempo y la experiencia no las proporciona. De manera que es necesario proporcionar formación específica en lo que concierne a la comunicación a lo largo de toda formación.



**Nurses' Responses to Requests for Forgiveness at the End of Life** (Ferrell, Otis-Green, Baird, & Garcia, 2014)

El objetivo del estudio fue determinar el tipo de respuesta y experiencias de los enfermeros ante las solicitudes de perdón o expresiones de arrepentimiento de los pacientes.

La aportación de las enfermeras que participaron fue muy variada. Por un lado había una gran coincidencia en la necesidad que existe de proporcionar una "cura existencial" y favorecer el encuentro de la persona con su paz, ya que muchas referían que cuando esto sucedía, el enfermo "se iba en paz".

Por otro lado y en sentido contrario, muchas de las participantes refirieron que no resolver estos asuntos les parecía retrasar y empeorar la muerte (por ejemplo como cuando se espera aquel familiar que debe llegar) y aunque no se puede asegurar esto sea así, si se concluye firmemente que existe la necesidad de realizar una formación específica para abordar estas cuestiones, pues de las narrativas, se extraen una variedad de soluciones aportadas por los profesionales que en ocasiones no solo no han mejorado el proceso del enfermo sino que lo han podido perjudicar a pesar de la buena voluntad.

**Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life** (Balboni et al., 2014)

El objetivo del estudio fue determinar si existía predisposición de los profesionales de enfermería a prestar apoyo espiritual y analizar las barreras con que se encontraban.

Uno de los resultados más concluyentes, fue que sí existía predisposición a dar este tipo de atención por parte de los profesionales, siendo el colectivo enfermero el que demostró más interés.

Otro, resultó ser la demostración que las características personales como aptitudes, creencias o experiencia también en determinaba la predisposición.

Existían por parte de algunos profesionales creencias erróneas, discrepancias de roles a asumir e inseguridades referentes al tipo de atención que hacían que se viera esta tarea como competencia de otros. Las barreras principales que detectaron los profesionales fueron la falta de tiempo, espacio para la intimidad y falta de formación específica.

Se ha demostrado que el entrenamiento y formación proporcionan una mejora en la atención y calidad de los pacientes, facilita que se les proporcione más a menudo este tipo de cuidado y da las herramientas necesarias que otorgan la seguridad que necesitan los profesionales.

**'It stays with me': the experiences of second- and third-year student nurses when caring for patients with cancer.** (King-Okoye & Arber, 2014)

El objetivo del estudio fue examinar las vivencias de los estudiantes de enfermería de segundo y tercer curso con los pacientes con cáncer durante las estancias prácticas.

Del trabajo se concluyen varias cosas. Por un lado, la experiencia con anterioridad en otros trabajos y / o la ubicación donde se realizaba la estancia de prácticas (unidad especializada por ejemplo) proporcionaba mayor seguridad, confianza y sentimientos más positivos en los estudiantes. Por otro, en términos generales, el tipo de atención generaba situaciones de angustia y el afloramiento de sentimientos que generaban en el uso de técnicas para evitar el contacto o las situaciones más complejas.

Finalmente se concluye que para evitar las anteriores hay que proporcionar una formación gradual a lo largo del grado.

**Factors influencing the development of end-of-life communication skills: A focus group study of nursing and medical students** (Gillett, O'Neill, & Bloomfield, 2016)

El objetivo del estudio fue determinar qué factores influyen en el desarrollo de las habilidades de comunicación de los estudiantes de enfermería y medicina.

Una de las barreras que observaron fue la visión que se tenía de la comunicación y cómo se trataba la atención. En la estancia clínica los estudiantes se encontraban con enfermeros expertos que seguramente habían recibido otra formación y tenían una visión completamente diferente en cuanto a la comunicación y sus necesidades que producía un distanciamiento entre lo aprendido y practicado.

Ejemplos como este predicen que en la integración del estudiante en el mundo laboral puede modificar la visión con que éste llega y en el estudio se concluye que además de las características personales y aptitudes del estudiante, el tipo de formación es clave en el desarrollo final de sus habilidades.

Finalmente se sugieren simulaciones y debates donde se expresen vivencias y reacciones a fin se trabajen más a fondo las emociones.

**Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study** (Zheng, Guo, Dong, & Owens, 2015)

El objetivo del estudio fue determinar las experiencias de las enfermeras en China cuando atienden a pacientes oncológicos que mueren.

El trabajo pone de manifiesto que la tradición y la cultura influyen en cómo los profesionales afrontan este tipo de cuidado. Uno de los elementos distintivos es que la muerte en sí es un tema tabú y a pesar de la buena predisposición de los profesionales, a lo largo del proceso sufren y sienten el dolor condicionados por sus creencias. Este es un hecho que se acentúa más entre los jóvenes y con menos experiencia.

Se concluye pues, que el entrenamiento es el elemento clave que proporcionará los conocimientos necesarios para mejorar la ya de por sí difícil comunicación que hay entre profesionales, pacientes y familiares.

**Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care**  
(Browall, Henoch, Melin-Johansson, Strang, & Danielson, 2014)

El objetivo del estudio es el análisis de las experiencias de las enfermeras ante las cuestiones existenciales de pacientes con cáncer avanzado.

El hecho de conocer muy bien la historia del paciente parece ser un factor determinante y necesario tanto para ayudar al profesional a afrontar la situación, como para el paciente a mejorar su situación. Para que esto sea posible, es necesario que los profesionales estén abiertos a las emociones de los pacientes y sean conocedores de los sentimientos característicos que se dan en tales situaciones.

Identificar el dolor o sufrimiento existencial es complicado y requiere de formación y más investigación para ver cómo este se puede identificar y cuál es la mejor manera en que las enfermeras lo pueden afrontar.

**Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida.**  
(Simões & Rodrigues, 2010)

El objetivo del estudio fue determinar la importancia que dan los enfermeros a la relación de ayuda o terapéutica en la atención al paciente al final de vida.

En el estudio se concluye que los profesionales dan gran importancia a esta y que la formación continua es clave para poder desarrollarla como es debido. Queda patente que la relación de ayuda es imprescindible en la atención que se da sobre todo en estos momentos.

También se destaca en el estudio que los profesionales que demostraron mayor satisfacción personal rinden mejor en su puesto de trabajo, por lo que favorecer el entorno y condiciones en que estos trabajan aumenta de la calidad asistencial y mejora la predisposición a crecer en el ámbito profesional.

**Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer.** (Peterson & Carvalho, 2011)

El objetivo del estudio fue evaluar las dificultades que encontraban los profesionales de enfermería cuando atendían a pacientes con cancer a partir de sus experiencias y el análisis de los incidentes reportados.

Los resultados ponen en relieve que delante la expresión de sentimientos negativos por parte de pacientes con cáncer avanzado existen dificultades para abordar su cuidado y los autores lo atribuyen a que la formación recibida por parte de los profesionales de enfermería se ha hecho mucho más orientada a la parte biomédica.

Por otro lado los profesionales que reportaron más intervenciones de tipo humano expresaron a su vez sentimientos más positivos delante estas y remarcaron su importancia.

El trabajo concluye que la formación de tipo humano, personal y el entrenamiento de habilidades relacionales son imprescindibles para asegurar la atención integral que se quiere brindar y mejoran la calidad asistencial.

**Breaking significant news: The experience of clinical nurse specialists in cancer and palliative care.** (Mishelmovich, Arber, & Odelius, 2016)

El objetivo del estudio fue determinar la experiencia de las enfermeras especialistas en pacientes con cáncer a la hora de comunicar malas noticias.

En la comunicación en procesos de final de vida la relación terapéutica es fundamental. Esta nace a partir de una adecuada comunicación terapéutica donde el profesional hace uso de recursos como la comunicación no verbal o el contacto. Por otro lado para que esta sea posible se requiere una adecuada gestión de las propias emociones y disponer de tiempo para poder dedicar al paciente.

En el estudio los autores concluyen que la experiencia juega un papel fundamental ya que dota a las profesionales de la confianza y habilidades necesarias para hacer frente estas situaciones.

**How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies.** (Keall, Clayton, & Butow, 2014)

El objetivo del estudio fue identificar las barreras, elementos facilitadores y estrategias que existen en el cuidado existencial y espiritual por parte de enfermería.

Como barreras los autores identificaron elementos como la falta de tiempo, falta de privacidad, falta de habilidades o diferencias culturales entre otras. Como elementos facilitadores, el establecimiento de una adecuada relación entre el profesional y el paciente, habilidades y técnicas de comunicación. Y como estrategias, proponían formación específica en este campo, tener o desarrollar conciencia de sí mismas, proporcionar un entorno favorable y el trabajo interdisciplinario.

Los autores concluyen que hay que favorecer la disposición de más tiempo para poder atender de manera eficaz al paciente así como favorecer la formación ya que de esta manera es como se construirá una buena relación enfermera paciente y se dará una atención existencial de calidad

**Constructing the story: How nurses work with families regarding withdrawal of aggressive treatment in ICU. A narrative study.** (Peden-McAlpine, Liaschenko, Traudt, & Gilmore-Szott, 2015)

El objetivo del estudio fue describir las técnicas de comunicación utilizadas por enfermeros expertos de la unidad con pacientes y familiares durante la atención o en el momento de proponer las estrategias de atención.

El estudio remarca que es importante una adecuada comunicación. Para que esta sea efectiva hay que conocer la historia del paciente y todo lo que le rodea. Sólo así, por ejemplo, en el caso de la comunicación con los familiares, se consigue una correcta transición durante los diferentes momentos que sufre su proceso.

A raíz del análisis de los resultados, los autores concluyen que la experiencia juega un papel clave a la hora de brindar una atención de calidad y que esta fuente de conocimiento es importante que se transmita.

**Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore.** (Tay, Ang, & Hegney, 2012)

El objetivo del estudio fue identificar los factores que influyen en la comunicación efectiva entre profesionales y pacientes con cáncer en Singapur.

Las barreras identificadas en el estudio aparte de las conocidas generalmente de tiempo y espacio, son las diferencias culturales, diferencia de idioma y de sistema de salud.

La primera supone una gran barrera pues la muerte culturalmente es un tema tabú, la segunda se debe a que muchos trabajadores son de fuera y no conocen el idioma y la tercera porque al ser un sistema de salud privado existe la cultura y percepción del "yo pago, tú me sirves" y no existe mucho respeto por el colectivo enfermero.

Todo ello es un problema y se recomienda a los profesionales de enfermería que tengan en cuenta las costumbres y cultura cuando abordan asuntos delicados y que el proceso de enfermedad y situación dificultan los ya de por sí procesos de comunicación.

Los autores consideran que aprender el idioma y cultura favorecería la integración y procesos de comunicación.

**Communicating prognosis and end of-life care to heart failure patients: A survey of heart failure nurses' perspectives.** (Hjelmfors, Strömberg, Jaarsma, Mårtensson, & Jaarsma, 2014)

El objetivo del estudio fue describir las experiencias de las enfermeras de atención ambulatoria con pacientes cardíacos en proceso de final de vida y las barreras y elementos facilitadores que existen en la comunicación.

Uno de los elementos que se detecta en el estudio es la baja percepción y duda por parte del colectivo enfermero de la necesidad de abordar estas cuestiones. Generalmente, se tiene la percepción que esta tarea es responsabilidad del colectivo médico aunque sienten que tienen las capacidades necesarias para llevarla a cabo.

Otro elemento detectado es la baja percepción de la existencia de una situación de final de vida. El no verlo así produce no se inicie ninguna conversación en este sentido.

Por todo ello, los autores concluyen que es necesaria más formación para que enfermería conozca las necesidades de los pacientes, como por ejemplo, en comunicación activa,

técnica valorada por los pacientes ya que el profesional es el que inicia la conversación y bien llevada les es de gran apoyo y reduce sus ansiedades y miedos.

**Communicating with patients' families and physicians about prognosis and goals of care.** (Milic et al., 2015)

El objetivo del estudio fue mejorar las habilidades comunicativas y confianza de las enfermeras a la hora de conversar con profesionales y familiares sobre el pronóstico y objetivos utilizando una formación educativa específica.

Las enfermeras que participaron de la formación reportaron mejores habilidades comunicativas tanto al terminar como después de un tiempo de recibir la formación.

El estudio concluyó que la formación específica proporciona las herramientas necesarias para poder afrontar mejor este tipo de conversaciones. Proporciona confianza, seguridad y es un elemento clave para mejorar la atención y calidad que se da al paciente.

**A mobile hospice nurse teaching team's experience: training care workers in spiritual and existential care for the dying. A qualitative study.** (K. Tornøe, Johan Danbolt, Kvigne, & Sørli, 2015)

El objetivo del estudio fue describir la experiencia de un equipo de atención paliativa a domicilio que ha realizado una formación innovadora en el cuidado existencial y espiritual.

La formación pretendía enseñar a los trabajadores / cuidadores a identificar el sufrimiento existencial, como iniciar conversaciones y las diversas formas de transmitir consuelo en el mismo domicilio. Esta dio más seguridad y valentía a los trabajadores al tiempo que pudieron impregnarse de la experiencia de los formadores.

Los autores concluyen que el éxito de la formación recae en este último elemento, la experiencia de los profesionales es el hecho diferencial que permite alcanzar unos conocimientos que de otra manera no sería posible y menos tratándose del tema tratado. También recomiendan más investigación a fin se extienda el modelo.

**Nurses respond to patients' psychosocial needs by dealing, ducking, diverting and deferring: an observational study of a hospice Ward.** (Hill, Evans, & Forbat, 2015)

El objetivo del estudio fue describir como expresan las necesidades psicosociales los enfermos de una unidad paliativa a fin de comprender el apoyo que se necesita en la práctica.

Las necesidades psicosociales de los enfermos pocas veces aparecen de forma aislada lo que dificulta la identificación por parte de los profesionales. Sin embargo, cuando se identificó la necesidad se observó que la enfermera daba atención holística de una manera que requería mucha habilidad.

Algunas limitaciones encontradas se relacionaron con la falta de tiempo, falta de conocimiento del paciente o confianza para abordar estos temas.

De las enfermeras que participaron, las que trabajaban en una unidad especializada identificaron este trabajo como inherente a su puesto de trabajo refiriendo poder cumplir con la tarea dentro de su horario con normalidad a pesar de la complejidad.

El estudio concluye que la necesidad psicosocial está fuertemente ligada a la etapa paliativa y el trabajo sirve de modelo para confrontar profesionales con su propia práctica asistencial.

**Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study.** (Caswell, Pollock, Harwood, & Porock, 2015)

El objetivo del estudio fue analizar los factores y procesos que afectan a la calidad asistencial de los pacientes frágiles hospitalizados en una unidad de agudos y sus familiares durante el proceso de final de vida.

El estudio destaca que el funcionamiento que tiene una unidad de agudos y el rol con el que asumen su tarea los profesionales no se ajusta a las necesidades de atención que requiere un paciente al final de vida. Debido a ello la comunicación y relación no juega un papel central y la falta de esta genera inseguridad y angustia en torno al proceso que se está viviendo.

Sin embargo, las familias y pacientes que interactuaron con profesionales que velaron por cuidar estos dos aspectos reportaron niveles más altos de satisfacción con la atención.

El artículo concluye que establecer una relación de acuerdo con el proceso que se está sufriendo, comprender y compartir expectativas mejora la comunicación y reporta una mayor satisfacción de la atención.

**La comunicación enfermera con el paciente oncológico terminal.** (Calero Romero, 2012)

El objetivo del estudio fue describir la comunicación enfermera con el paciente terminal.

En el estudio se identifican tres parámetros de la comunicación: la escucha activa, la respuesta eficaz y la empatía. La escucha activa se describe como la que requiere más formación y la respuesta eficaz y empatía como las más inertes a la persona.

El recurso menos utilizado es la escucha activa y le siguen la respuesta eficaz y la empatía. Los resultados muestran que la escucha activa es más utilizada por el personal más veterano, seguramente por la mayor necesidad de formación y entrenamiento y las otras dos por profesionales más jóvenes y con menos experiencia.

Aunque los pacientes refieren sentirse satisfechos con la comunicación, el estudio concluye que se requiere de más formación periódica de escucha activa y actuaciones para mantener o aumentar la empatía y respuesta eficaz.

**Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial.** (Curtis et al., 2013)

El objetivo del estudio fue evaluar las habilidades de comunicación después de una intervención a partir de los resultados informados por el paciente y familiares.

El método de intervención estuvo basado en la simulación y los resultados pusieron en duda la conveniencia hacer participar a familias o enfermos en este tipo de formación.

Se demuestra que aunque hay estudios que apoyan este tipo de formación, la situación personal del enfermo o su familia, compromiso, interés en la tarea o nivel de conocimientos influyen en los resultados.

Los autores concluyen que para poder estudiar los efectos de la intervención sobre los pacientes y enfermos hay que formar estos a fin de hacer los resultados fiables.

**Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study.** (Banerjee et al., 2016)

El objetivo del estudio fue determinar las dificultades que encuentran las enfermeras de un hospital oncológico a la hora de comunicarse con los pacientes.

Las enfermeras identificaron diversas situaciones difíciles de abordar. Estas hacían referencia a la dificultad de establecer una relación adecuada debido al proceso que se está viviendo, la carga que les suponía llevar malas noticias, la falta de habilidad empática, diferencias personales existentes entre el profesional, paciente y familia (edad, cultura...), barreras institucionales como cargas de trabajo o infraestructura o la dificultad que suponía en sí abordar una conversación referente al final de vida, los objetivos o perspectivas.

Los autores concluyeron que hay que fomentar la formación continuada y elaborar programas específicos que permitan evaluar su eficacia.

**A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care.** (Lelorain, Brédart, Dolbeault, & Sultan, 2012)

El objetivo del estudio fue determinar los resultados de la atención a pacientes oncológicos tratados por profesionales que hacían uso de la empatía.

Esta revisión pone en relieve que el uso de habilidades empáticas mejora la satisfacción del paciente, proporciona mejor ajuste psicosocial y disminuye la angustia y necesidad de más información. Pero por el contrario no se observó un incremento en las capacidades de afrontamiento o conocimientos.

En cuanto a la calidad de vida los resultados no son concluyentes pues se detectan factores que pueden influir en los resultados como el momento de la enfermedad con que se han recoger los datos o si la recogida se producía después de una buena o mala noticia.



Los autores concluyeron que se necesitan de estudios más precisos en cuanto al análisis de los aspectos que rodean a la empatía y en las características en que la información es recogida.

**Systematic review of supportive care needs in patients with primary malignant brain tumors.** (Ford, Catt, Chalmers, & Fallowfield, 2012)

El objetivo de la revisión fue actualizar los conocimientos sobre las necesidades psicosociales de los pacientes con tumores cerebrales y la atención que es más adecuada.

Uno de los elementos que más aparece en la revisión son los problemas de comunicación, referidos en muchos artículos, como la falta de oportunidad de discutir un tratamiento alternativo, que esperar después del tratamiento o la falta de mensajes positivos.

También pone de manifiesto que la falta de apoyo en la planificación del final de vida conlleva una mayor carga para los familiares que se encuentran ante la asunción de la responsabilidad del "qué hacer" cuando sus enfermos han perdido las capacidades.

Se concluye pues, que debido a la tipología de la enfermedad y característica progresiva que esta presenta, es necesario formar y capacitar a pacientes, familiares y trabajadores en habilidades comunicativas para reducir las consecuencias negativas en la salud (ansiedad o depresión) que actualmente presentan.

**Communication as an expression of humanized end-of-life care: a systematic review.** (Veríssimo & Sousa, 2014)

El objetivo fue identificar y describir las estrategias de comunicación utilizadas para dar una atención más humana al paciente hospitalizado durante el proceso de final de vida.

En la revisión se demuestra que la comunicación resulta una herramienta indispensable para el cuidado de los pacientes en situación de final de vida. Una correcta comunicación permite entre otros, escuchar, establecer la relación adecuada y abordar de forma eficaz las inquietudes y sufrimientos que al paciente angustian.

Invertir tiempo en esta tarea resulta clave y debe ser vista como parte integral de la práctica enfermera. Se ha de tener en cuenta que esta atención supone un reto, requiere de una formación específica y de la realización de ejercicios de confrontación ante las propias actuaciones y sentimientos que de las situaciones emanan a fin de poder desarrollar las habilidades de la forma adecuada.

**La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida.** (Achury & Pinilla, 2016)

El objetivo del trabajo fue identificar la importancia de la comunicación enfermera con las familias de los pacientes en situación de final de vida.

El trabajo afirma que es necesario incluir a la familia en el proceso del cuidado a los pacientes en situación de final de vida.

Incluirla es importante porque es evidente que la familia es con quien el paciente confía y se apoya durante su proceso, representa un vínculo de unión con los profesionales que le atienden y proporcionan la información y conocimiento necesarios para una atención más humanizada y de calidad.

Pero también, porque hay que tener en cuenta que ellos están viviendo un proceso paralelo al del su familiar y tienen unas necesidades que enfermería debe de abordar.

La intervención enfermera por lo tanto, también debe ir orientada a cubrirlas, es necesario que las sepa identificar y que desarrolle las habilidades relacionales y comunicativas que permitan resolverlas.

### **Necesidades de los familiares de un paciente terminal institucionalizado en un centro geriátrico. Caso clínico.** (Pueyo Garrigues, Pueyo Garrigues, & Pardavila Belio, 2015)

El objetivo del trabajo fue analizar las necesidades de los familiares de un paciente terminal ingresado en una residencia.

El análisis del caso evidencia las deficiencias en la resolución de las necesidades de los familiares y la falta de comunicación emerge como la primera causa de tal hecho.

De las diferentes necesidades en que se basó el estudio (necesidad contacto y comunicación con los profesionales, necesidad de apoyo emocional y social y necesidad de mayor presencia enfermera o médica) en todas excepto el apoyo social, que requiere quizás de un recurso diferente, la insatisfacción se hubiera reducido si la familia disfrutara de una mejor percepción en la comunicación y relación con los profesionales.

Esto hace plantear a los autores la necesidad de formación para capacitar a los profesionales de las habilidades necesarias para identificar las diferentes necesidades de los familiares.

## **5.1 Análisis temático: categorías emergentes**

A partir de la lectura crítica de los artículos seleccionados, la extracción de la información relevante para nuestro estudio y organización de esta por bloques temáticos, en el presente trabajo emergen las siguientes categorías que nos ayudan a dar respuesta al objetivo de estudio.

Formación, entorno, perfil profesional, experiencia y necesidades de pacientes y familiares resultan los elementos más influyentes a la hora de verificar la eficacia de la comunicación y relación terapéutica en el proceso de final de vida y sus condicionantes.

## **Formación en habilidades de comunicación y relación.**

Es el elemento más aparecido y recurrente encontrado en la revisión.

La mayoría de autores la considera indispensable para abordar de manera eficaz las necesidades que aparecen durante los procesos de final de vida (Nixon et al., 2013) (Balboni et al., 2014) y consideran que esta debe ser específica durante la formación de grado (Araújo & Silva, 2012) (King-Okoye & Arber, 2014) y una vez finalizado a través de programas específicos en los lugares de trabajo o vía cursos de post grado sobre todo para aquellos profesionales que están en unidades no especializadas (Ambrosino, 2012).

Los beneficios de una adecuada y específica formación parecen estar bien probados. En diferentes artículos se demuestra que una buena formación y en consecuencia la adquisición de los conocimientos del “como hacer” por parte de estudiantes o profesionales, produce una mayor confianza a la hora de hacer frente a las situaciones que en final de vida aparecen (Griffiths et al., 2015) a la vez que le otorgan la calidad asistencial que estas merecen. (Keall et al., 2014)

De los artículos se extrae que la formación en habilidades de comunicación y relación puede ser muy variada. Vamos de la más tradicional, la que se fomenta en la explicación de las técnicas puras y duras, a las basadas en la narrativa de experiencias vividas, las que se realizan in situ con profesionales expertos o las que potencian no el aspecto más comunicativo sino las vertientes más humanas de la atención.

Todas demuestran ser eficaces, facilitan el abordaje de cuestiones que a menudo no son fáciles para pacientes o familias y hacen aumentar la calidad asistencial. Por ejemplo, la formación en comunicación activa facilita que el profesional inicie conversaciones que para el paciente son difíciles de iniciar o afrontar (Hjelmfors et al., 2014). Los modelos basados en la formación con expertos y delante una situación real permiten coger una perspectiva que el aula no puede dar (K. A. Tornoe, Danbolt, Kvigne, & Sorlie, 2014). Los basados en la narrativa permiten el descubrimiento y análisis de un sinfín de situaciones que de otra manera difícilmente podríamos abordar (Strang et al., 2014), y los modelos más humanistas, facilitan coger una visión global e integral respecto el cuidado que se quiere brindar. (Peterson & Carvalho, 2011)

Otro tipo de formación, la basada en la simulación, no ha aparecido de forma recurrente en los artículos. En el que se aborda, se indica que es igualmente eficaz ya que supone interpretar situaciones en las que un profesional se puede encontrar y remarca que no es aconsejable hacer participar a familiares o pacientes debido a la dificultad del proceso y momento en el que se encuentran. (Curtis et al., 2013)

Por último, otro aspecto importante que ofrece la formación, es que reduce el desgaste que sufren los profesionales, las actitudes negativas (Jo & An, 2015) (Browall et al., 2014) y favorece a los estudiantes la adaptación al mundo profesional, evitando el sesgo que existe entre la realidad académica y laboral (Gillett et al., 2016).

## **Experiencia.**

La experiencia también emerge como uno de los pilares que favorecen la efectividad de la comunicación y relación terapéutica a parte de garantizar calidad asistencial, seguridad y confianza. (Tornoe et al., 2014) (Mishelmovich et al., 2016)

Un estudio, refiere a que esta sin la formación adecuada produce situaciones que no son las idóneas y por eso, la formación debe ser continua.

Aunque esta opinión aparece como muy minoritaria en los resultados de la revisión, hago mención a ella pues es importante tener en cuenta que a menudo la experiencia puede suponer creer no necesitar saber más y por lo tanto no evolucionar, llevando al fracaso el objetivo que se tiene de prestar una atención de calidad que cubra las necesidades de pacientes y sus familias (Ferrell et al., 2014).

En este contexto, a menudo los patrones de los que se parte son otros y afectan por ejemplo a la visión que se tiene de la necesidad de usar y fomentar la comunicación (Gillett et al., 2016) y relación en la atención.

Por norma, la experiencia es vista como muy positiva y muy utilizada, ya sea para formar (aprender de los expertos como decíamos antes, resulta de las técnicas más eficaces ya que transmite cosas que los libros no pueden transmitir) para dar seguridad, dar confianza o impregnarse de los sentimientos positivos que de ella se desprenden y los estudiantes se rodean y aprenden. (King-Okoye & Arber, 2014)

El recurso más utilizado por el personal mas experto suele ser la escucha activa. Se supone que la experiencia conlleva más formación y esta es una técnica que necesita ser aprendida y practicada, mientras que recursos como la empatía o respuesta eficaz es utilizada con mayor frecuencia por personal más novel (Calero Romero, 2012) dado que la primera puede ser bastante inherente al carácter y la segunda no es tan compleja de ser aprendida.

En definitiva, la experiencia bien gestionada es uno de los recursos que más se han de explotar en la atención asistencial, debe considerarse puerta de entrada a los futuros profesionales y sus conocimientos deben ser siempre transmitidos. (Peden-McAlpine et al., 2015)

## **Perfil del profesional.**

Aspectos aparecidos con recurrencia los artículos revisados son el perfil, lugar y actitud en que se colocan los profesionales de enfermería a la hora de afrontar conversaciones y establecer una relación terapéutica.

Enfermería tiene siempre en el inicio de sus atenciones la necesidad de comunicar, y esto, debe ser considerado como uno de los elementos más importantes de su práctica asistencial ya que es el canal a través del cual se llega a establecer una relación terapéutica de verdad.

Los artículos revisados demuestran que por norma enfermería ya lo considera de tal manera, le otorgan la importancia que le per toca (Araújo & Silva, 2012) (Simões & Rodrigues, 2010) y apuntan una serie de directrices que son necesarias tener en cuenta.

Una de ellas es que las características personales (como cultura, creencias, roles...) influyen en la atención que se da al final de vida (Balboni et al., 2014) (Zheng et al., 2015) y en la interpretación y respuesta que se da delante los sentimientos expresados por pacientes o familias pudiéndonos afectar estos últimos tanto de forma positiva como negativa. (Devik et al., 2013)

Otra es que es necesario saberse colocar en el lugar del otro y comprender su proceso. De igual manera que pasa con nosotros, las características personales de los pacientes juegan un papel fundamental en la atención y es necesario sean tanto tenidas en cuenta como respetadas y comprendidas. En sociedades como la nuestra donde la multiculturalidad es una realidad, aceptar la diferencia supone calidad.

De los resultados de la revisión se destaca que los profesionales sufren un severo desgaste en la atención al final de vida y que esta genera angustia (Al respecto no es inusual que los estudiantes recurran a técnicas para evitar las situaciones complejas o difíciles de abordar que se pueden dar (King-Okoye & Arber, 2014)) y aportan como solución una adecuada gestión de las propias emociones dado que esta nos permitirá relacionarnos de manera eficaz (Mishelmovich et al., 2016) y acompañar a la persona desde una perspectiva global.

Los estudios revelan que los profesionales que ejercen su profesión y atención desde una vertiente más humana y gozan de un entorno adecuado reportan sentimientos más positivos y mayor satisfacción ante los cuidados que prestan (Peterson & Carvalho, 2011) pudiéndose concluir que es importante fomentar este tipo de atención/actitud y favorecer las condiciones en que los profesionales ejercen.

## **Entorno.**

Como apuntábamos en el último párrafo del punto anterior, favorecer las condiciones en que los profesionales trabajan, reporta mayor satisfacción y también mayor calidad en la atención (Simões & Rodrigues, 2010) y aquí el entorno es clave si este es el objetivo que se quiere lograr.

En la revisión los factores que tienen que ver con el entorno aparecen como las barreras más importantes a la hora de comunicarse o relacionarse con el paciente o familia y sobre todo suponen un problema delante el tipo de atención que el final de vida requiere.

Las más usuales son la falta de tiempo, privacidad, (Keall et al., 2014) organización, cargas de trabajo y espacios adecuados y sobre todo, aparecen en aquellas unidades no especializadas donde se atiende a personas que viven procesos de final de vida. Existe la necesidad de trabajar para suprimir estas barreras dado que las condiciones de estas unidades no se ajustan a las necesidades reales que tienen. (Visser et al., 2014)

Hoy por hoy, es una realidad que estar en una unidad no especializada condiciona la calidad de la atención paliativa (Ambrosino, 2012) y es que, como hemos visto en el marco teórico, existen en nuestro contexto multitud de recursos de atención paliativa pero la mayoría de esta no tiene porque o no se produce en una unidad específica.

Esto nos demuestra que realmente la adaptación del entorno es uno de los aspectos más difíciles de abordar o mas descuidado, pues mejorar el entorno casi siempre va ligado a la inversión de recursos ya sea a nivel de personal (aumentar ratios) o infraestructura.

### **Paciente y familia.**

Objeto y centro de las atenciones de enfermería al final de vida, paciente y familia, figuran en los artículos revisados como una sola unidad a la que se atiende y sobre la cual es necesario tener en cuenta lo siguiente:

En primer lugar, las características personales (cultura, creencia, hábitos...) marcaran la forma en que nos comunicaremos o relacionaremos e influirán en las necesidades que estos presenten. (Zheng et al., 2015) Y en segundo, estas pueden suponer una barrera importante (Tay et al., 2012) y insalvable.

Para superarlas es importante invertir en conocer al paciente ya que se demuestra en la revisión que esto mejora el proceso que vive este. (Browall et al., 2014) (Peden-McAlpine et al., 2015)

Detectar las necesidades y situación real del paciente se erige como una tarea difícil que lleva en ocasiones a los profesionales a no ser consientes de la situación de final de vida presente. (Hjelmfors et al., 2014)

Por otro lado, la expresión de sentimientos negativos por parte de estos influye y dificulta la atención que reciben (Peterson & Carvalho, 2011). Hemos de considerar que la situación de final de vida no es bien acogida normalmente por nadie y una mala comunicación o relación no la favorece.

Es por ello que también se refleja en los resultados como aconsejables, formar y capacitar a pacientes y familiares en habilidades comunicativas a fin de acortar las distancias que los diferentes factores producen. (Ford et al., 2012)

## **6. DISCUSIÓN**

Se constata en la revisión el binomio existente e inseparable que hay entre la comunicación y la relación terapéutica. Los dos elementos se necesitan el uno al otro y son indispensables para que funcionen eficazmente.

Si analizamos lo que expuesto en el apartado de las categorías emergentes, parece no haber discusión sobre el hecho de que una adecuada relación y comunicación terapéutica es beneficiosa para los pacientes que se encuentran en final de vida y sus familiares.

Elementos como la formación y experiencia resultan claves para que estas sean efectivas pero necesitan de un entorno que las favorezca y no que bloquee, como pasa en muchos lugares, los procesos asistenciales.

La formación es necesario que sea continua y que se refuerce más en aquellos lugares donde la atención paliativa, aunque esporádica, es presente.

Actualmente todos los modelos actuales de formación son validos pero los más interesantes y los que parecen coger más ventaja respecto a los otros son los que se realizan con profesionales expertos y en sus mismos lugares de trabajo.

Y es que la experiencia bien gestionada es un valor que cotiza a la alza. Es el elemento que da más seguridad y confianza en la atención al final de vida a profesionales y el que permite una adecuada identificación de las situaciones y necesidades reales que presentan pacientes y familiares.

Aunque no es fácil identificar estas necesidades, conocer las características personales y emociones que viven es uno de los elementos que favorece y facilita de manera importante la creación y establecimiento de la relación terapéutica. En la comunicación que usamos para ello es necesario empezar por invertir en conocernos bien a nosotros mismos, solo así podemos situarnos en un plano en el que no se enjuicia y por el contrario se acepta al otro.

Factores personales propios y ajenos influyen en cualquier proceso de comunicación y relación y estos están afectados y condicionados inevitablemente por nuestro entorno. En lo que concierne al del profesional, las principales barreras que encuentra van muy ligadas a las características de los lugares en que trabaja. Mejorar las condiciones de estos lugares supone mejorar la calidad de las atenciones y por lo tanto ayuda a mejorar los procesos de comunicación y relación.

Existe una importante interrelación entre los diferentes aspectos abordados en esta revisión. Por separado, todos y cada uno ya emergen como grandes temas de estudio pero hemos de comprender y los resultados así lo reflejan que en la práctica asistencial nunca pueden ir por separado. Solo si comprendemos que esto es así, podremos realizar una atención de calidad que nacerá desde la comunicación más sincera, creará un vínculo relacional que ayudara a los procesos de los pacientes y familiares y se asumirán los objetivos terapéuticos que se persiguen en la atención al final de vida.

## **7. CONCLUSIÓN**

La eficacia en el desarrollo de la relación y comunicación terapéutica mejora el proceso que viven las personas al final de vida. Es importante sean consideradas y entrenadas para que se realicen de forma adecuada.

Es necesario unificar los criterios formativos y potenciar la formación en aquellos niveles en los que aún no se le da mucha importancia a fin que los estudiantes estén más preparados y hacerlo de mano de profesionales expertos y formados en el tema.

Invertir en recursos humanos parece ser la forma más eficaz de suprimir las barreras que existen e impiden un buen desarrollo comunicativo y relacional. Esto permitirá dedicar más tiempo a las atenciones que prestamos, reducirá las cargas de trabajo, aumentará las posibilidades de compartir las experiencias que viven los profesionales, además de lograr una reducción de las frustraciones y sentimientos negativos que actualmente se encuentran y de potenciar la actitud que es más adecuada.

Enfermería ocupa un lugar privilegiado delante el paciente y es indispensable que integre la comunicación y relación terapéutica como parte integrante de su práctica. Asumir este rol supone aumentar la calidad de la atención y por lo tanto también el de la profesión.

Por último es necesario realizar estudios más concretos y con muestras grandes que permitan identificar concretamente aquellos factores de las comunicaciones y en consecuencia relaciones que afectan positivamente a los pacientes.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Achury, D. M., & Pinilla, M. (2016). La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería Universitaria*, 13(1), 55–60. <http://doi.org/10.1016/j.reu.2015.12.001>
- Adell, J., Albuquerque, E., Barquero, A., Bleda, M., & Codorniu, N. (2009). *Competencias enfermeras en cuidados paliativos. Monografías SECPAL* (Vol. 3). Retrieved from [http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CMONOGRAFIA 3.pdf](http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CMONOGRAFIA%203.pdf)
- Ambrosino, N. (2012). Can high-quality palliative care for respiratory patients be improved? *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 7(2), 19–20. <http://doi.org/10.1186/2049-6958-7-19>
- Antequera, J. M., Barbero, J., Bátiz, J., Bayés, R., Miguel, C., Pascual, A., ... Gómez Sancho, M. (2006). *Ética En Cuidados Paliativos* (Vol. 511). Retrieved from [https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia\\_etica\\_cuidados\\_paliativos.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_etica_cuidados_paliativos.pdf)
- Araújo, M. M. T. de, & Silva, M. J. P. da. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 46(3), 626–632. <http://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300014>
- Bados, A. i Garcia, E. (2011). HABILIDADES TERAPÉUTICAS Arturo Bados López y Eugeni García Grau. *Habilidades Terapéuticas*, 1–70. Retrieved from [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades terapéuticas.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%u00e9uticas.pdf)
- Balboni, M. J., Sullivan, A., Enzinger, A. C., Epstein-Peterson, Z. D., Tseng, Y. D., Mitchell, C., ... Balboni, T. A. (2014). Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end



- of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(3), 400–410. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.09.020>
- Banerjee, S. C., Manna, R., Coyle, N., Shen, M. J., Pehrson, C., Zaider, T., ... Bylund, C. L. (2016). Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study. *Nurse Education in Practice*, 16(1), 193–201. <http://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.07.007>
- Browall, M., Henoeh, I., Melin-Johansson, C., Strang, S., & Danielson, E. (2014). Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 636–644. <http://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.06.001>
- Calero Romero, M. del R. (2012). LA COMUNICACIÓN ENFERMERA CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL. *Interpsiquis*. Retrieved from [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)
- Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R., & Porock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 14, 35. <http://doi.org/10.1186/s12904-015-0032-0>
- Codorniu N., Bleda M., Albuquerque E., Guanter L., Adell J., García F., B. A. (2011). Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. *Index de Enfermería*, 20(1–2), 71–75. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- Curtis, J. R., Back, A. L., Ford, D. W., Downey, L., Shannon, S. E., Doorenbos, A. Z., ... Engelberg, R. A. (2013). Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial. *Jama*, 310(21), 2271–81. <http://doi.org/10.1001/jama.2013.282081>
- de Graaff, F. M., Mistiaen, P., Devillé, W. L., Francke, A. L., Centeno, C., Clark, D., ... Uslu, R. (2012). Perspectives on care and communication involving incurably ill Turkish and Moroccan patients, relatives and professionals: a systematic literature review. *BMC Palliative Care*, 11(1), 17. <http://doi.org/10.1186/1472-684X-11-17>
- Devik, S. A., Enmarker, I., & Hellzen, O. (2013). When expressions make impressions-nurses' narratives about meeting severely ill patients in home nursing care: a phenomenological-hermeneutic approach to understanding. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 8(1), 21880. <http://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21880>
- Ferrell, B., Otis-Green, S., Baird, R. P., & Garcia, A. (2014). Nurses' responses to requests for forgiveness at the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(3), 631–641. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.009>

- Ford, E., Catt, S., Chalmers, A., & Fallowfield, L. (2012). Systematic review of supportive care needs in patients with primary malignant brain tumors. *Neuro-Oncology*, *14*(4), 392–404. <http://doi.org/10.1093/neuonc/nor229>
- García Laborda, A., & Rodríguez Rodríguez, J. C. (2005). Factores personales en la relación terapéutica. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *XXV*(29), 29–36. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352005000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352005000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2012). Recursos Específics de Cures Pal·liatives. *Departament de Salut. Generalitat de Catalunya*. Retrieved from [www.gencat.cat/salut](http://www.gencat.cat/salut)
- Gillett, K., O'Neill, B., & Bloomfield, J. G. (2016). Factors influencing the development of end-of-life communication skills: A focus group study of nursing and medical students. *Nurse Education Today*, *36*, 395–400. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.10.015>
- González, C., & De Llanera, A. C. S. (2014). La comunicación terapéutica usuario-enfermera en las consultas de atención primaria The user-nurse therapeutic communication in primary care consultations. *RqR*, *2*(2). Retrieved from [http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Primavera2014/RqR\\_Primavera2014\\_ComunicacionTerapeutica.pdf](http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Primavera2014/RqR_Primavera2014_ComunicacionTerapeutica.pdf)
- Graham, F., & Clark, D. (2008). WHO definition of palliative care. *Medicine*. World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Griffiths, J., Wilson, C., Ewing, G., Connolly, M., & Grande, G. (2015). Improving communication with palliative care cancer patients at home - A pilot study of SAGE & THYME communication skills model. *European Journal of Oncology Nursing*, *19*(5), 465–472. <http://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.02.005>
- Grinspun, D. (2002). *Guías de buenas prácticas en enfermería. Cómo enfocar el futuro de la enfermería. Establecimiento de la relación terapéutica*. Retrieved from [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014\\_RTerapeutica\\_spp\\_022014\\_-\\_with\\_supplement.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_RTerapeutica_spp_022014_-_with_supplement.pdf)
- Hench, I., Danielson, E., Strang, S., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2013). Training intervention for health care staff in the provision of existential support to patients with cancer: A randomized, controlled study. *Journal of Pain and Symptom Management*, *46*(6), 785–794. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.01.013>
- Hill, H., Evans, J. M., & Forbat, L. (2015). Nurses respond to patients' psychosocial needs by dealing, ducking, diverting and deferring: an observational study of a hospice ward. *BMC Nursing*, *14*. <http://doi.org/10.1186/s12912-015-0112-8>
- Hjelmfors, L., Strömberg, A., Jaarsma, M. F., Mårtensson, J., & Jaarsma, T. (2014).

Communicating prognosis and end-of-life care to heart failure patients: A survey of heart failure nurses' perspectives full-text. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/biblioremot.uvic.cat/doi/pdf/10.1177/1474515114521746>

Jo, K. H., & An, G. J. (2015). Effect of end-of-life care education using humanistic approach in Korea. *Collegian*, 22(1), 91–97. <http://doi.org/10.1016/j.colegn.2013.11.008>

Keall, R., Clayton, J. M., & Butow, P. (2014). How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21–22), 3197–3205. <http://doi.org/10.1111/jocn.12566>

King-Okoye, M., & Arber, A. (2014). “It stays with me”: The experiences of second- and third-year student nurses when caring for patients with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 23(4), 441–449. <http://doi.org/10.1111/ecc.12139>

Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S., & Sultan, S. (2012). A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology*, 21(12), 1255–1264. <http://doi.org/10.1002/pon.2115>

Mateo, D., Gómez-Batiste, X., Limonero, J., Martínez-Muñoz, M., Buisan, M., de Pascual, V. (2013). Efectividad Intervención Psicosocial en pacientes con enfermedad avanzada y final de vida. *Psicooncología*, 10(2–3), 299–316. Retrieved from <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/43451/41100>

Milic, M. M., Puntillo, K., Turner, K., Joseph, D., Peters, N., Ryan, R., ... Anderson, W. G. (2015). Communicating with Patients' Families and Physicians about Prognosis and goals of Care. *American Journal of Critical Care*, 24(4), e56–e64. <http://doi.org/10.4037/ajcc2015855>

Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. (2011). Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. *Actualización 2010-2014*. Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cuidadosPaliativos.htm>

Mishelmovich, N., Arber, A., & Odelius, A. (2016). Breaking significant news: The experience of clinical nurse specialists in cancer and palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 153–159. <http://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.09.006>

Nixon, A. V., Narayanasamy, A., & Penny, V. (2013). An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. *BMC Nursing*, 12(1), 1–11. <http://doi.org/10.1186/1472-6955-12-2>

Peden-McAlpine, C., Liaschenko, J., Traudt, T., & Gilmore-Szott, E. (2015). Constructing the story: How nurses work with families regarding withdrawal of aggressive treatment in ICU - A narrative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1146–1156. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.015>

Peterson, A. A., & Carvalho, E. C. de. (2011). Comunicação terapêutica na Enfermagem:

- dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(4), 692–697. <http://doi.org/10.1590/S0034-71672011000400010>
- Pueyo Garrigues, S., Pueyo Garrigues, M., & Pardavila Belio, M. I. (2015). Necesidades de los familiares de un paciente terminal institucionalizado en un centro geriátrico: caso clínico. *Gerokomos*, 26(3), 94–96. <http://doi.org/10.4321/S1134-928X2015000300005>
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(91). Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.629.4519&rep=rep1&type=pdf>
- Simões, R. M. P., & Rodrigues, M. A. (2010). Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida. *Escola Anna Nery*, 14(3), 485–489. <http://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300008>
- Strang, S., Hensch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death - Nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23(5), 562–568. <http://doi.org/10.1002/pon.3456>
- Tay, L. H., Ang, E., & Hegney, D. (2012). Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17–18), 2647–58. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03977.x>
- Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sorlie, V. (2014). The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying—a phenomenological hermeneutical study. *BMC Nursing*, 13(62), 25. <http://doi.org/10.1186/1472-6955-13-25>
- Tornøe, K., Johan Danbolt, L., Kvigne, K., & Sorlie, V. (2015). A mobile hospice nurse teaching team's experience: training care workers in spiritual and existential care for the dying - a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 14. <http://doi.org/10.1186/s12904-015-0042-y>
- Vallés Martínez, M. del P., Casado Fernández, Natalia. García Salvador, Isidro. Manzanás Gutiérrez, A., & Sánchez Sánchez, L. (2014). Planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales. *Asociación Española de Enfermeras En Cuidados Paliativos*, 134. Retrieved from <http://www.secpal.com/2-definicion-de-enfermedad-terminal>
- Valverde Gefaell, C. (2007). *Comunicación terapéutica en enfermería. Difusión Avances de Enfermería*. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60561-9](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60561-9)
- Veríssimo, F. I. L., & Sousa, P. cruz-P. (2014). Communication as an expression of humanized end-of-life care: a systematic review. *Rev. Enfe. UFPE ON LINE*, 8(8), 2845–2853.

<http://doi.org/10.5205/reuol.6081-52328-1-SM.0808201436>

- Vidal Blan, R., Adamuz Tomás, J., & Feliu Baute, P. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería Global*, 1–9. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000300021&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300021&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- Visser, M., Deliëns, L., & Houttekier, D. (2014). Physician-related barriers to communication and patient- and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: a systematic review. *Critical Care (London, England)*, 18(6), 604. <http://doi.org/10.1186/s13054-014-0604-z>
- Zheng, R. S., Guo, Q. H., Dong, F. Q., & Owens, R. G. (2015). Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 288–296. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009>

## 9. ANEXO I:

### BÚSQUEDA 1

#### BIOMED

Autor/es	País/año	Revista	Título	Tipología de estudio	Aportaciones
Fuusje M de Graaff Patriek Mistiaen Walter LJM Devillé and Anneke L Francke	<b>Netherlands, 2012</b>	BMC Palliative Care	<b>Perspectives on care and communication involving incurably ill Turkish and Moroccan patients, relatives and professionals: a systematic literature review</b>	Revisión bibliográfica sistemática	Demuestra la influencia familiar en las decisiones al final de vida. Estas a menudo pasan delante de las del propio paciente y ello genera dificultades a los profesionales en las curas paliativas
Kirsten Anne Torn Lars Johan Danbolt Kari Kvigne Venke Sorlie	<b>Noruega, 2015</b>	BMC Nursing	<b>The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying-a phenomenological hermeneutical study</b>	Estudio cualitativo fenomenológico	Importancia de la formación en el campo del apoyo emocional y espiritual para ayudar al paciente en su fase final y a los profesionales a reducir la ansiedad e inseguridad.
Aline Victoria Nixon Aru Narayanasamy Vivian Penny	<b>Regne unit, 2012</b>	BMC Nursing	<b>An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective</b>	Estudio cualitativo fenomenológico	Para atender las necesidades espirituales se requiere de habilidades comunicativas y relacionales así como de privacidad y tiempo. Se requieren más estudios para saber cómo enfermería puede atender mejor en este campo y si es él el profesional adecuado.
Nicolino Ambrosino	<b>Italia, 2012</b>	Multidisciplinary Respiratory Medicine	<b>Can high-quality palliative care for respiratory patients be</b>	Editorial	Existe una necesidad de formación en comunicación en los

			improved?		cuidados al final de vida ya que la actual es insuficiente. Esta es importante para mejorar el proceso del enfermo y puede condicionar toda su experiencia.
Mieke Visser Luc Deliens Dirk Houttekier	<b>Belgica, 2014</b>	Critical care	<b>Physician-related barriers to communication and patient- and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: a systematic review</b>	Revisión bibliográfica sistemática	Se requiere de más formación en comunicación y habilidades de relación así como en cuidados paliativos para mejorar la actitud, los conocimientos y la práctica en la atención al final de vida.

#### SCOPUS

Autor/es	País/año	Revista	Titulo	Tipología de estudio	Aportaciones
SIRI ANDREASSEN DEVIK INGELA ENMARKER Professor & OVE HELLZEN	<b>Regne Unit, 2013</b>	International journal of qualitative studies on health and well-being	<b>When expressions make impressions - Nurses' narratives about meeting severely ill patients in home nursing care: A phenomenological-hermeneutic approach to understanding</b>	Estudio cualitativo descriptivo.	Es necesario prestar atención al apoyo emocional y lo que éste implica. Las impresiones personales de los profesionales pueden influir tanto positiva como negativamente en el proceso de cuidado del paciente.
Ingela Henoch Ella Danielson Susann Strang Maria Browall Christina Melin-Johansson	<b>Sweden, 2013</b>	Journal of Pain and Symptom Management	<b>Training Intervention for Health Care Staff in the Provision of Existential Support to Patients With Cancer: A Randomized, Controlled Study</b>	ensayo controlado	El entrenamiento de la comunicación es clave para afrontar las cuestiones existenciales de los pacientes oncológicos
Strang, S. Henoch, I.	<b>Regne unit, 2014</b>	Psycho-Oncology	<b>Communication about existential issues with</b>	ensayo controlado	Hablar de asuntos existenciales y el apoyo

Danielson, E. Browall, M. Melin-Johansson, C.			<b>patients close to death – nurses' reflections on content, process and meaning</b>		del entorno hace que las enfermeras se sientan más cómodas cuando aconsejan a pacientes que se encuentran cerca de la muerte. Tener tiempo y valor para estar presentes y no querer resolverlo todo son los factores más importantes en las conversaciones.
Jane Griffithsa, Charlotte Wilsonb Gail Ewingc Michael Connollyd Gunn Granda	<b>Regne unit, 2015</b>	European Journal of Oncology Nursing	<b>Improving communication with palliative care cancer patients at home - A pilot study of SAGE &amp; THYME communication skills model</b>	Estudio mixto exploratorio	El entrenamiento de la comunicación mejora las habilidades de los profesionales así como su confianza ante las habilidades que tienen de esta.
Kae-Hwa Jo Gyeong-Ju An	<b>Korea, 2013</b>	Collegian	<b>Effect of end-of-life care education using humanistic approach in Korea</b>	Estudio mixto exploratorio	Cursos específicos alrededor del final de vida mejoran la actitud y habilidades de comunicación de los profesionales que los realizan.

#### SICIELO

<b>Autor/es</b>	<b>País/año</b>	<b>Revista</b>	<b>Título</b>	<b>Tipología de estudio</b>	<b>Aportaciones</b>
Monica Martins Trovo de Araújo Maria Júlia Paes da Silvall	<b>Brasil, 2012</b>	Revista da Escola de Enfermagem da USP	<b>Estrategias de comunicación utilizadas por profesionales de salud en la atención a pacientes bajo cuidados paliativos</b>	Estudio cuantitativo descriptivo exploratorio	Evidencia la necesidad de formación en comunicación en los cuidados paliativos. Y sobre todo respecto aquellas habilidades de carácter más emocionales o relacional.



**BÚSQUEDA2**  
**CINALH**

<b>Autor/es</b>	<b>País/año</b>	<b>Revista</b>	<b>Título</b>	<b>Tipología de estudio</b>	<b>Aportaciones</b>
Betty Ferrell Shirley Otis-Green Reverend Pamela Baird Andrea Garcia	<b>USA 2014</b>	Journal of Pain & Symptom Management	<b>Nurses' Responses to Requests for Forgiveness at the End of Life</b>	Estudio cualitativo fenomenológico	Existe la Necesidad de formación por parte del los profesionales para poder abordar las preocupaciones y necesidad de perdón que puede tener un paciente.
Michael J. Balboni Adam Sullivan Andrea C. Enzinger Zachary D. Epstein-Peterson Yolanda D. Tseng Christine Mitchell Joshua Niska Angelika Zollfrank Tyler J. VanderWeele Tracy A. Balboni	<b>Usa 2014</b>		<b>Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life.</b>	Estudio mixto exploratorio	La formación, la falta de espacio y de tiempo se convierten en las barreras que generan una falta de atención y apoyo espiritual en los pacientes en situación de final de vida.
M. King-Okoye A. Arber	<b>Regne unit, 2014</b>	European Journal of Cancer Care	<b>'It stays with me': the experiences of second- and third-year student nurses when caring for patients with cancer.</b>	Estudio cualitativo fenomenológico	Estudiantes de enfermería que han tenido contacto con pacientes oncológicos detectan la necesidad de más formación en comunicación para atender las necesidades emocionales. También encuentran la experiencia angustiosa y esto hace que adopten distanciamientos o evitaciones.

**SCOPUS**

<b>Autor/es</b>	<b>País/año</b>	<b>Revista</b>	<b>Título</b>	<b>Tipología de estudio</b>	<b>Aportaciones</b>
Karen Gillett Bernadette O'Neill Jacqueline G. Bloomfield	<b>Regne unit, 2016</b>	Nurse Education Today	<b>Factors influencing the development of end-of-life communication skills: A focus group study of nursing and medical students</b>	Estudio cualitativo fenomenológico	La discusión reflexiva es clave para la formación en comunicación de aquellos profesionales que atienden paciente en situación de final de vida. Las habilidades comunicativas deberían ser incluidas en los planes formativo para ser tenidas en cuenta por los estudiantes
Rui-Shuang Zheng Qiao-Hong Guo Feng-Qi Dong R. Glynn Owens	<b>China, 2015</b>	International Journal of Nursing Studies	<b>Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study</b>	Estudio cualitativo descriptivo	Debido a que culturalmente la muerte en China es un tema tabú existen carencias de comunicación respecto al tema. Las experiencias de angustia que experimentan las compromete con la atención que dan al final de vida y todo que hay una gran voluntad, esta queda limitada por la falta de habilidades y experiencia en la atención psicológica.
Maria Browall Ingela Henoch Christina Melin-Johansson Susann Strang Ella Danielson	<b>Sweden. 2014</b>	European Journal of Oncology Nursing	<b>Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care</b>	Estudio cualitativo fenomenológico	Es importante conocer a los pacientes para dar una atención paliativa de calidad así como ser conscientes de los sentimientos y emociones de estos

**SICIELO**

<b>Autor/es</b>	<b>País/año</b>	<b>Revista</b>	<b>Título</b>	<b>Tipología de estudio</b>	<b>Aportaciones</b>
Rosa Maria Pereira Simoes Manuel Alves Rodrigues	<b>Brasil 2010</b>	Escola Anna Nery	<b>Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida</b>	Estudio cualitativo descriptivo	Las competencias en relación son consideradas clave en la atención al final de vida. La mejor atención en este aspecto está relacionada con una mayor formación.

**BÚSQUEDA 3****SICIELO**

<b>Autor/es</b>	<b>País/año</b>	<b>Revista</b>	<b>Título</b>	<b>Tipología de estudio</b>	<b>Aportaciones</b>
Aline Azevedo Peterson Emília Campos de Carvalho	<b>Brazil 2011</b>	Revista Brasileira de Enfermagem	<b>Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer</b>	Estudio cualitativo descriptivo	Existen dificultades para hacer frente a los sentimientos de los pacientes terminales. Las enfermeras que reportan más trabajo de tipo humano reflejan sentimientos más positivos ante la vida. Hay que aumentar la formación en la atención que requiere este tipo de paciente.

**CINALH**

<b>Autor/es</b>	<b>País/año</b>	<b>Revista</b>	<b>Título</b>	<b>Tipología de estudio</b>	<b>Aportaciones</b>
Nina Mishelmovicha Anne Arberb Anki Odeliusb	<b>Regne Unit, 2016</b>	European Journal of Oncology Nursing	<b>Breaking significant news: The experience of clinical nurse specialists in cancer and palliative</b>	Estudio cualitativo fenomenológico	La experiencia facilita y mejora la comunicación con los pacientes con cáncer. Los profesionales

			<b>care</b>		refieren sentirse más confiados y preparados para no rehuir de las situaciones en que se encuentran.
Keall, Robyn Clayton, Josephine M Butow, Phyllis	<b>Australia, 2014</b>	Journal of Clinical Nursing	<b>How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies.</b>	Estudio cualitativo fenomenológico	La falta de tiempo y formación actual al respecto la atención existencial limita la eficacia de la atención holística. La relación enfermero-paciente la facilita.
Cynthia Peden-McAlpine Joan Liaschenkob Terri Traudtc Eleanor Gilmore-Szottd	<b>USA, 2015</b>	International Journal of Nursing Studies	<b>Constructing the story: How nurses work with families regarding withdrawal of aggressive treatment in ICU -- A narrative study.</b>	Estudio cualitativo descriptivo	Elabora un patrón de temas a tratar para abordar el proceso de final de vida a partir de la narrativa de enfermeras expertas y proporciona una herramienta tanto para la práctica clínica como para la formativa.
Li Hui Tay Emily Ang Desley Hegney	<b>Singapur, 2012</b>	Journal of Clinical Nursing	<b>Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore.</b>	Estudio cualitativo fenomenológico	Las características personales del paciente y entorno afectan a la comunicación. Hay conciencia por parte de los profesionales que la trayectoria de la enfermedad y estado psicológico afectan a la comunicación y en la relación profesional. Hay que tener en cuenta los aspectos de vida y culturales de los pacientes.
Lisa Hjelmfors, Anna	<b>Sweden, 2014</b>		<b>Communicating</b>	Estudio mixto	A nivel ambulatorio

Strömberg, Maria Friedrichsen, Jan Mårtensson and Tiny Jaarsma			<b>prognosis and end of-life care to heart failure patients: A survey of heart failure nurses' perspectives</b>	exploratorio	enfermería tiene la percepción de que la comunicación de pronóstico de final de vida y abordaje de esta es responsabilidad del colectivo médico aunque se sienten capacitadas. La falta de formación y la incertidumbre de la trayectoria de la enfermedad son percibidas como barreras que dificultan la comunicación.
Michelle M. Milic Kathleen Puntillo Kathleen Turner Denah Joseph Natalie Peters Rio Ryan Cathy Schuster Holly Winfree Jenica Cimino Wendy G. Anderson	<b>USA, 2015</b>	AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE	<b>Communicating with patients' families and physicians about prognosis and goals of care.</b>	Estudio mixto exploratorio	La definición de roles y formación mejora la confianza, capacidades y habilidades comunicativas de los profesionales que tratan con pacientes y familias que se encuentran y viven una situación de final de vida

#### BIOMED

<b>Autor/es</b>	<b>País/año</b>	<b>Revista</b>	<b>Título</b>	<b>Tipología de estudio</b>	<b>Aportaciones</b>
Kirsten Torno Lars Johan Danbolt Kari Kvigne Venke Sorlie	<b>Noruega 2015</b>	BMC Palliative care	<b>A mobile hospice nurse teaching team's experience: training care workers in spiritual and existential care for the dying - a qualitative study</b>	Estudio cualitativo fenomenológico	A través de la presencia consoladora enfermería proporciona una atención que mejora el proceso de final de vida y facilita una muerte digna
Hazel Hill Josie MM. Evans Liz Forbat	<b>Regne unit, 2014</b>	BMC nursing	<b>Nurses respond to patients' psychosocial needs by dealing,</b>	Estudio mixto exploratorio	El abordaje de las necesidades psicosociales es una realidad de la

			<b>ducking, diverting and deferring: an observational study of a hospice ward</b>		práctica diaria enfermera en las unidades de cuidados paliativos y supone un reto. Se identifican cuatro tipos de respuesta que sirven de modelo para otros profesionales.
Glenys Caswell Kristian Pollock Rowan Harwood Davina Porock	<b>Regne unit 2015</b>	BMC Palliative Care	<b>Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study</b>	Estudio cualitativo fenomenológico	El establecimiento de una relación basada en la comprensión y perspectivas compartidas ayuda en la comunicación entre profesionales y entorno paciente

#### CUIDEN

<b>Autor/es</b>	<b>País/año</b>	<b>Revista</b>	<b>Título</b>	<b>Tipología de estudio</b>	<b>Aportaciones</b>
María del Rocío Calero Romero	<b>España 2012</b>	Revista Ética de los cuidados	<b>La comunicación enfermera con el paciente oncológico terminal</b>	Estudio mixto exploratorio	Aunque la comunicación es efectiva y aceptable hay formación periódica. Existen condicionantes que influyen en ésta como lugar de trabajo, contrato, edad, experiencia, etc.

#### BÚSQUEDA 4

#### CINHAL

<b>Autor/es</b>	<b>País/año</b>	<b>Revista</b>	<b>Título</b>	<b>Tipología de estudio</b>	<b>Aportaciones</b>
Curtis, J Randall Back, Anthony L Ford, Dee W Downey, Lois Shannon, Sarah E Doorenbos, Ardith Z	<b>USA 2013</b>	Jama	<b>Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious</b>	Estudio mixto exploratorio	En la formación basada en la simulación no se observan mejoras en la calidad de la atención o las habilidades de comunicación en

Kross, Erin K Reinke, Lynn F Feemster, Laura C Edlund, Barbara Arnold, Richard W O'Connor, Kim Engelberg, Ruth A			illness: a randomized trial.		comparación con la formación tradicional
--	--	--	------------------------------	--	--

### SCOPUS

Autor/es	País/año	Revista	Título	Tipología de estudio	Aportaciones
Smita C. Banerjee Ruth Mannaa Nessa Coylea Megan Johnson Shena Cassandra Pehrsona Talia Zaidera Stacey Hammondsa Carol A. Kruegera Patricia A. Parkera Carma L. Bylunda	<b>USA 2016</b>	Nurse Education in Practice	<b>Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study</b>	Estudio mixto exploratorio	Enfermería identifica varias barreras en la comunicación que pone de manifiesto la necesidad de formación y entrenamiento de estas habilidades.
Sophie Lelorain, Anne Brédart, Sylvie Dolbeault, Serge Sultan	<b>França 2012</b>	Psyco oncology	<b>A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care</b>	Revisión sistemática	En general la empatía de los profesionales mejora el proceso de pacientes aunque se requiere de más investigación para separar todos los beneficios de la empatía y poder proporcionar consejos más concretos
Elizabeth Ford Susan Catt Anthony Chalmers Lesley Fallowfield	<b>Regne unit 2012</b>	Neuro-oncology	<b>Systematic review of supportive care needs in patients with primary malignant brain tumors</b>	Revisión sistemática	Pone de manifiesto el elevado porcentaje de depresión y angustia de pacientes y familiares ante necesidades insatisfechas y dificultades en la comunicación alrededor de su proceso así como

					que todavía la literatura se centro mucho en la observación y poco en ensayos de intervenciones.
--	--	--	--	--	--

#### CUIDEN

Autor/es	País/año	Revista	Título	Tipología de estudio	Aportaciones
Filipa Isabel Lopes Veríssimo Patrícia Cruz-Pontífice Sousa	Portugal 2014	Journal of nursing	<b>Communication as an expression of humanized end-of-life care: a systematic review</b>	Revisión bibliográfica sistemática	Evidencia la necesidad de adquirir habilidades específicas en la comunicación al final de vida.

#### SICIELO

Autor/es	País/año	Revista	Título	Tipología de estudio	Aportaciones
D.M. Achury * y M. Pinilla	Colombia 2015	Enfermería Universitaria	<b>La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida</b>	Documento teórico	La comunicación terapéutica con la familia forma parte de los cuidados, proporciona estabilidad emocional y mejora el proceso del enfermo.
Sara Pueyo Garrigues, María Pueyo Garrigues, Miren Idoia Pardavila Belio	Espanya 2015	Gerokomos	<b>Necesidades de los familiares de un paciente terminal institucionalizado en un centro geriátrico. Caso clínico</b>	caso clínico	La atención a las necesidades de la familia del enfermo debe tomar en cuenta y beneficia tanto la salud de ésta como el proceso del enfermo.



## **10. AGRADECIMIENTOS**

Me gustaría empezar por dirigir mis primeras palabras de agradecimiento hacia Mònica i Estel, gracias por la compañía y buen humor con los que me apoyáis día a día y en cada uno de mis proyectos.

También quiero dar las gracias a Montse Faro, la practicidad, sencillez y criterio con el que me has guiado a lo largo de este trabajo ha hecho que no se me hiciera un mundo y pudiera disfrutarlo.

Por último, gracias a todos aquellos que de alguna manera habéis formado parte de todo este proceso que como sabemos, solo marca un comienzo.

## **11. EL TRABAJO FINAL DE GRADO COMO EXPERIENCIA DOCENTE**

Mi experiencia con el trabajo ha sido muy positiva. He disfrutado de él y creo que la principal causa es que he tratado un tema que desde siempre me ha atraído y por el que siento curiosidad.

A la vez, pienso que la tipología o modelo de trabajo desarrollado me ha demostrado ser uno de los más efectivos si se quiere aprender o reflexionar acerca de algo, en este caso, la importancia de la relación y comunicación en la atención que en nada nosotros estaremos dando.

La realización de este trabajo no ha estado exenta de dificultades. Por ejemplo, me he dado cuenta de las importantes limitaciones que tengo a la hora de redactar y la inseguridad que esto me genera. Aun y así, el abordaje de estas las considero como muy positivas pues sin ellas uno no se expone a nada nuevo y pierde la ocasión que estas brindan de conocerse y aceptarse para superarse.