

EL CUIDADO ENFERMERO DEL MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES PALIATIVOS ONCOLÓGICOS, COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA COMO HERRAMIENTA HUMANIZADORA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autores/as:

Laura Soriano Mellado

Nicolás Izquierdo Tena

Dirigido por:

Dra. Mireia Salvador Lluesma

Asignatura y curso:

Trabajo de fin de grado

Curso académico 2025-2026

Grado en enfermería

Lugar y fecha:

Campus Terres de l'Ebre URV

22/05/2026

AGRADECIMIENTOS

Quisiera dedicar estas líneas, de manera especial, a mis padres. A mi padre Juan, aunque no haya podido compartir conmigo este camino, y especialmente a mi madre Rosario (*Chari para los amigos*), por todo lo que me enseñó y por el ejemplo de fortaleza que dejó incluso en los momentos más difíciles. Su recuerdo ha sido, sin duda, una de las principales motivaciones para hacer este trabajo, que representa el fin de una era para mí. Me duele que no hayan podido vivirla conmigo, pero me gustaría agradecer a mi hermana mayor, Nuria, por haberme acompañado en momentos tan difíciles.

También me gustaría expresar mi más sincero agradecimiento a los profesionales sanitarios, y especialmente al personal de enfermería, que acompañaron a mi madre durante el final de su vida. Su manera de cuidar, de estar presentes y de comunicarse no solo con ella, sino también con su entorno, puso de manifiesto el verdadero valor de una atención que va más allá de lo puramente clínico. En momentos tan vulnerables, cuidar no es únicamente aliviar síntomas, sino también saber acompañar, escuchar y sostener.

Espero, en el futuro, poder ser una de esas enfermeras que estén ahí, haciendo que esos momentos sean un poco más humanos, más tranquilos y más llevaderos para quienes los atraviesan.

Laura Soriano Mellado

Me gustaría agradecer a la universidad todo su apoyo durante la carrera. Además, querría agradecer a mi familia, y en concreto a mi abuela, la cual ha fallecido este año, por sus valores y enseñanzas.

Nicolás Izquierdo Tena

Conjuntamente nos gustaría agradecer a nuestra tutora, Dra. Mireia Salvador Lluesma, por su guía y apoyo durante todo el desarrollo de este TFG y a los profesores del campus por su trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	3
RESUM	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. MARCO CONCEPTUAL	7
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	14
4. OBJETIVOS	14
5. METODOLOGÍA	14
5.1. Tipo de diseño y muestra del estudio:	14
5.2. Instrumentos:	15
5.3. Estrategia de búsqueda.....	16
5.4. Variables y términos de búsqueda:	18
5.5. Aspectos éticos y limitaciones del estudio:.....	19
6. RESULTADOS.....	20
7. DISCUSIÓN.....	27
8. CONCLUSIONES	33
9. BIBLIOGRAFÍA	36

RESUMEN

Introducción: El paciente oncológico en cuidados paliativos presenta necesidades físicas y emocionales complejas, derivadas tanto de la progresión de la enfermedad como de la situación de final de vida. Por ello, el personal sanitario no debe centrarse únicamente en el control de los síntomas físicos, sino también en el abordaje del sufrimiento emocional. En este contexto, la comunicación terapéutica puede constituir una herramienta clave para mejorar la calidad de vida percibida y favorecer un cuidado más humanizado.

Objetivo: Analizar los beneficios de la comunicación terapéutica en pacientes oncológicos en cuidados paliativos.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de publicaciones científicas localizadas en las bases de datos PubMed y Scopus, aplicando criterios de inclusión y exclusión previamente definidos. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre noviembre de 2025 y abril de 2026.

Resultados: Se seleccionaron un total de 12 artículos relacionados con la comunicación terapéutica en pacientes oncológicos en cuidados paliativos o en situación de final de vida.

Conclusión: La comunicación terapéutica, integrada dentro de los cuidados paliativos convencionales, puede contribuir a mejorar la calidad de vida percibida por el paciente, reducir síntomas como la ansiedad y favorecer un acompañamiento más humano durante el proceso de final de vida.

Palabras clave: Enfermería; oncología; cuidados paliativos; comunicación terapéutica; cuidado humanizado; sufrimiento emocional.

RESUM

Introducció: El pacient oncològic en cures pal·liatives presenta necessitats físiques i emocionals complexes, derivades tant de la progressió de la malaltia com de la situació de final de vida. Per aquest motiu, el personal sanitari no s'ha de centrar únicament en el control dels símptomes físics, sinó també en l'abordatge del patiment emocional. En aquest context, la comunicació terapèutica pot constituir una eina clau per millorar la qualitat de vida percebuda i afavorir una cura més humanitzada.

Objectiu: Analitzar els beneficis de la comunicació terapèutica en pacients oncològics en cures pal·liatives.

Metodologia: Es va realitzar una revisió bibliogràfica narrativa de publicacions científiques localitzades a les bases de dades PubMed i Scopus, aplicant criteris d'inclusió i exclusió prèviament definits. La cerca bibliogràfica es va dur a terme entre novembre de 2025 i abril de 2026.

Resultats: Es van seleccionar un total de 12 articles relacionats amb la comunicació terapèutica en pacients oncològics en cures pal·liatives o en situació de final de vida.

Conclusió: La comunicació terapèutica, integrada dins de les cures pal·liatives convencionals, pot contribuir a millorar la qualitat de vida percebuda pel pacient, reduir símptomes com l'ansietat i afavorir un acompanyament més humà durant el procés de final de vida.

Paraules clau: Infermeria; oncologia; cures pal·liatives; comunicació terapèutica; cura humanitzada; patiment emocional.

ABSTRACT

Introduction: Oncology patients receiving palliative care present complex physical and emotional needs, both derived from disease progression and from the end-of-life situation. Therefore, healthcare professionals should not focus solely on the control of physical symptoms, but also on addressing emotional suffering. In this context, therapeutic communication may constitute a key tool for improving perceived quality of life and promoting more humanized care.

Objective: To analyze the benefits of therapeutic communication in oncology patients receiving palliative care.

Methodology: A narrative literature review was conducted using scientific publications retrieved from the PubMed and Scopus databases, applying previously defined inclusion and exclusion criteria. The bibliographic search was carried out between November 2025 and April 2026.

Results: A total of 12 articles related to therapeutic communication in oncology patients receiving palliative care or in an end-of-life situation were selected.

Conclusion: Therapeutic communication, when integrated into conventional palliative care, may contribute to improving patients' perceived quality of life, reducing symptoms such as anxiety, and promoting more humane support throughout the end-of-life process.

Keywords: Nursing; oncology; palliative care; therapeutic communication; humanized care; emotional suffering.

1. INTRODUCCIÓN

Durante nuestra formación como estudiantes de Enfermería hemos acompañado a varios pacientes en sus últimos días de vida. Estas experiencias nos han permitido ver cómo las actuaciones del personal sanitario pueden ir más allá de la técnica para marcar una diferencia. Son situaciones llenas de emociones, que no pueden evitar impactar a todos los involucrados, incluso es inevitable recordar a nivel personal momentos en tu vida similares, donde recuerdas pérdidas propias de gente cercana, con todos los miedos que eso conlleva. En las prácticas clínicas, te das cuenta de que es un momento dónde no dejas de lado tu profesionalidad, pero sacas al mismo tiempo tu lado más humano frente a esta vulnerabilidad, intentando hacerlo lo mejor posible, intentando aliviar un poco dentro de lo que se pueda y acompañar dentro de tus capacidades todo lo posible. De esta experiencia nos surge el deseo de comprender mejor cómo la comunicación terapéutica y el cuidado humanizado pueden ayudar a aliviar el sufrimiento emocional de las personas al final de vida.

Dentro de este contexto, el paciente oncológico en situación paliativa ocupa un lugar especialmente relevante. El cáncer sigue siendo una de las principales causas de muerte a nivel mundial y representa, en España, la segunda causa de mortalidad, lo que se traduce en una elevada carga asistencial y emocional para pacientes, familias y sistemas sanitarios (Villegas et al., 2024). En muchos países, el cáncer constituye además uno de los motivos más frecuentes de derivación a equipos y recursos de cuidados paliativos. Estos pacientes suelen convivir con síntomas físicos complejos, pérdida progresiva de autonomía y una conciencia más o menos explícita de la proximidad de la muerte, esto tiene como consecuencia que el sufrimiento emocional (ansiedad, depresión, miedo de carga para la familia) sea muy frecuente (Gontijo Garcia et al., 2023; Podbury et al., 2025). Desde la perspectiva de los cuidados paliativos, el sufrimiento emocional deja de ser un aspecto secundario para convertirse en un componente esencial de la calidad asistencial, el modelo del cuidado paliativo nace precisamente de la necesidad de un alivio del sufrimiento en todas sus dimensiones: física, psicológica, social y espiritual, y para reconocer al paciente como una persona con historia, valores y vínculos, cuyo cuidado exige tanto competencia técnica como una profunda dimensión humana (Radbruch et al., 2020; Muñoz et al., 2024).

Finalmente, el presente Trabajo de Fin de Grado se ha elaborado a partir de una revisión bibliográfica narrativa de la literatura científica. Este tipo de revisión permite reunir y explicar de forma amplia la información disponible sobre un tema, integrando estudios con diferentes enfoques y ayudando a comprender mejor fenómenos complejos (Sukhera, 2022). En este caso, resulta especialmente adecuada porque el cuidado enfermero del sufrimiento emocional en

pacientes oncológicos paliativos no puede entenderse desde una única dimensión, sino que incluye aspectos físicos, emocionales, comunicativos y humanos. Por ello, esta revisión pretende analizar la evidencia reciente sobre la comunicación terapéutica en cuidados paliativos y aportar una visión actualizada de su valor como herramienta humanizadora en el final de vida.

2. MARCO CONCEPTUAL

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se estima que el número de personas que padecerán cáncer a nivel mundial aumentará de forma muy significativa en las próximas décadas. En 2022 se registraron aproximadamente 20 millones de nuevos casos de cáncer, y las proyecciones indican que para 2050 esta cifra superará los 35 millones, lo que supone un incremento cercano al 77 % (OMS, 2024). Este aumento no solo se debe a cambios en la exposición a factores de riesgo como el tabaco, el alcohol, la obesidad o la contaminación atmosférica, sino también a un marcado envejecimiento de la población. La incidencia de cáncer aumenta de forma muy acusada con la edad, hasta el punto de que el National Cancer Institute señala que la edad avanzada es el factor de riesgo más importante para el cáncer en su conjunto (National Cancer Institute, 2025). A nivel demográfico, las proyecciones mundiales indican que la proporción de personas de 65 años o más pasará aproximadamente del 10 % en 2022 al 16 % en 2050, configurando una población claramente más envejecida (United Nations, 2022; OMS, 2025). En países como España, además, se espera que el impacto del envejecimiento sea especialmente acusado en las próximas décadas, cuando las cohortes más numerosas de la generación del “baby boom” alcancen la edad de jubilación, aumentando de forma notable la proporción de personas mayores en la población total (Gobierno de España, 2021). Este dato resulta especialmente relevante si se tiene en cuenta que alrededor del 34 % de los adultos que precisan cuidados paliativos son pacientes con una enfermedad oncológica (OMS, 2020), porcentaje que en el contexto español se eleva aproximadamente al 62 % (SEMI, 2023). Teniendo en cuenta que la población será cada vez más envejecida y que el cáncer constituye una de las principales causas de necesidad de cuidados paliativos, resulta evidente que la planificación y el refuerzo de los cuidados paliativos oncológicos en el contexto de final de vida adquieren una importancia creciente. Pero más allá de las cifras, esto significa que cada vez más personas y familias vivirán procesos de enfermedad avanzada, miedo, dependencia y despedida, en este contexto, los cuidados paliativos cobran vital importancia, convirtiéndose en esenciales para garantizar finales de vida más dignos, aliviados y humanamente cuidados. (Gobierno de España, 2021; SEMI, 2023)

El término "cuidados paliativos" proviene de la palabra en latín *pallium*, que se traduce como manto o abrigo. Hace referencia simbólicamente al concepto de "abrigar" y resguardar al individuo en la etapa terminal de su vida (Cisternas, 2021). Los cuidados paliativos se definen hoy como un enfoque del cuidado que pretende prevenir y aliviar el sufrimiento, así como dar la mejor calidad de vida posible a los pacientes que sufren una enfermedad que compromete su vida. Todo ello desde un enfoque integral y multidisciplinario, sin olvidarnos de la perspectiva bioética, ya que el ser humano debe ser considerado como un ser biopsicosocial, y a su vez tener en cuenta su perspectiva espiritual. El ser humano, desde esta perspectiva, tiene valor y dignidad por sí mismo. Estos cuidados afirman la vida, consideran la muerte como un proceso natural y no persiguen ni adelantarla ni prolongarla de forma innecesaria (Muñoz et al., 2024).

Dentro de este marco, el paciente oncológico paliativo constituye uno de los grupos más numerosos y vulnerables: el cáncer avanzado es responsable de una proporción muy importante del "sufrimiento relacionado seriamente con la salud". Un concepto introducido por la Comisión The Lancet, utilizado para explicar el tipo de sufrimiento que afecta significativamente a la calidad de vida y que no puede aliviarse sin la intervención de profesionales de la salud (Knaul et al., 2025). En estos pacientes, la progresión tumoral, la presencia de síntomas físicos complejos (dolor, disnea, fatiga, náuseas, insomnio...), la pérdida de autonomía y la conciencia de la proximidad de la muerte generan un sufrimiento que va mucho más allá del cuerpo. Hablar de sufrimiento al final de la vida implica reconocer que en esta etapa influyen múltiples dimensiones. A nivel emocional, los pacientes suelen experimentar miedo a la muerte, angustia ante la pérdida de control, tristeza por la separación de sus seres queridos, preocupación por el impacto de la enfermedad sobre la familia y, en algunos casos, desesperanza o sensación de carga. Los estudios en pacientes con cáncer avanzado muestran que la ansiedad y la depresión se asocian a peor calidad de vida, mayor percepción de carga sintomática y más dificultades para afrontar la situación (Gontijo Garcia et al., 2023; Podbury et al., 2025). A ello se suma, en muchos casos, el impacto de la soledad: en sociedades cada vez más envejecidas, la soledad objetiva y subjetiva es un problema creciente que se relaciona con peor salud física y mental en las personas mayores (Salari et al., 2025). En el contexto del final de vida, la soledad puede intensificar el sufrimiento emocional y la sensación de abandono, especialmente en pacientes institucionalizados o con redes de apoyo limitadas. Junto a estas dimensiones emocionales, también están presentes aspectos existenciales y espirituales: preguntas sobre el sentido de la vida y de la enfermedad, búsqueda de reconciliaciones, necesidad de despedidas, revisión biográfica, culpa o miedo al más allá, dependiendo de las creencias de cada persona. Todo ello

conforma un cuadro de “dolor total” en el que se entrelazan elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales (Muñoz et al., 2024).

Desde esta perspectiva, la humanización del cuidado adquiere una importancia fundamental, porque permite llevar a la práctica diaria ese enfoque integral propio de los cuidados paliativos. Humanizar no consiste únicamente en ofrecer un trato amable o cercano, sino en mirar al paciente como una persona completa: alguien con una historia, unos valores, unos vínculos, unos miedos y unas preferencias que no desaparecen por el hecho de estar enfermo. En el final de la vida, esta forma de cuidar implica preservar la dignidad, respetar la autonomía, facilitar que la persona pueda expresar lo que siente, acompañar también a la familia y crear un entorno en el que el paciente se sienta escuchado, comprendido y participe de su propio proceso (Muñoz et al., 2024; Engel et al., 2023). Por ello, el cuidado humanizado puede entenderse como una respuesta ética y relacional ante el sufrimiento total: no se limita a tratar síntomas, sino que intenta aliviar también la vulnerabilidad, la incertidumbre, la soledad y la sensación de pérdida que suelen acompañar a la enfermedad avanzada (Norouzadeh et al., 2022; Mroz et al., 2023).

En este contexto, la enfermera ocupa una posición especialmente relevante. Por su presencia continuada junto al paciente y la familia, su accesibilidad y su función de enlace con otros profesionales del equipo interdisciplinar, se sitúa en un lugar privilegiado para detectar cambios en el estado físico y emocional, valorar necesidades complejas y ofrecer un cuidado que sea, al mismo tiempo que técnicamente competente, profundamente humano (Engel et al., 2023; Norouzadeh et al., 2022). No se trata solo de administrar medicación o realizar curas, sino de estar presente, sostener, acompañar y contribuir a que el proceso de final de vida sea vivido con el máximo confort posible y con el mayor respeto a la persona. Un estudio reciente desarrolló un modelo conceptual que sitúa a la enfermera como una figura central en los diálogos acerca de objetivos de cuidado, mostrando que tiene la responsabilidad y la capacidad para proporcionar una comunicación adaptada a las necesidades emocionales y relacionales del paciente con enfermedad avanzada (Wittenberg et al., 2024). Esta centralidad del rol de enfermero se fundamenta en la proximidad y la continuidad del cuidado, que permiten crear relaciones terapéuticas sólidas basadas en el respeto, la confianza y la presencia constante, lo cual es particularmente relevante al final de la vida (Engel et al., 2023; Torres-Vigil et al., 2021). Las enfermeras están presentes en el día a día del paciente y la familia, detectan cambios en el estado emocional, identifican preocupaciones no verbalizadas y se convierten en un punto de referencia estable en un momento de gran incertidumbre (Norouzadeh et al., 2022; Wittenberg et al., 2024).

El cuidado humanizado que ofrece la enfermera se concreta en gestos y acciones muy cotidianas: permanecer al lado del paciente en momentos de angustia, escuchar de manera activa sus preocupaciones, mostrar empatía ante el miedo o la tristeza, adaptar los cuidados a su biografía y preferencias, incluir a la familia como sujeto de atención y no únicamente como acompañante, o respetar los tiempos y silencios necesarios cuando el dolor emocional es intenso (Engel et al., 2023; Norouzadeh et al., 2022). Estudios recientes describen cómo los pacientes y sus familiares valoran especialmente una atención que combine información clara y honesta con sensibilidad, calidez y presencia emocional, ya que estos elementos favorecen la confianza, el afrontamiento y la percepción de calidad del cuidado al final de la vida (Engel et al., 2023). Por su parte, Norouzadeh et al. (2022) señalan que las enfermeras que trabajan con familias al final de la vida consideran esencial crear un espacio seguro donde estas puedan expresar libremente sus emociones, dudas y temores, a la vez que se sienten apoyadas en el proceso de despedida. Humanizar el cuidado implica, por tanto, una actitud deliberada de reconocimiento del sufrimiento, una disposición a entrar en ese espacio de vulnerabilidad compartida y un compromiso con la dignidad y la autonomía del paciente y su entorno (Norouzadeh et al., 2022; Mroz et al., 2023). Estos actos ayudan a que el individuo se sienta acompañado en su vulnerabilidad, comprendido y respetado (Engel et al., 2023; Mroz et al., 2023).

Hablando de todo esto nos damos cuenta de que la comunicación se convierte en una herramienta central, y en situaciones donde se utiliza de forma intencional, entonces hablamos de comunicación terapéutica. La comunicación terapéutica enfermera no se limita a transmitir datos clínicos, consiste en establecer una relación que facilite la expresión de emociones, la comprensión de la situación, la elaboración de significados y la toma de decisiones compartidas (Engel et al., 2023). Los estudios indican que las personas con enfermedades avanzadas suelen manifestar con frecuencia emociones como angustia, miedo o tristeza, además de comentarios sobre el progreso o los desafíos de su situación, estos mensajes constituyen “oportunidades empáticas” que la enfermera tiene la posibilidad de identificar y responderlas con empatía para favorecer la expresión emocional y mitigar el sufrimiento psicológico (Mroz et al., 2022). Las investigaciones más recientes han evidenciado que los profesionales que muestran empatía en las sesiones de cuidados paliativos establecen una relación clínica más adecuada y reciben un acompañamiento más relevante por parte de los pacientes y sus cuidadores. Por lo tanto, la comunicación terapéutica enfermera no se limita a la simple transmisión de información, es una intervención relacional que ayuda a manejar emociones intensas, esclarecer significados y dar sentido a la experiencia relacionada con la enfermedad (Mroz et al., 2023).

Gracias a su cercanía y al tiempo que pasa con el paciente, la enfermera tiene numerosas oportunidades de identificar estas posibilidades y actuar terapéuticamente, convirtiendo la conversación en un lugar de apoyo emocional. La comunicación terapéutica se basa en ciertas habilidades y estrategias que son susceptibles de ser aprendidas, practicadas y perfeccionadas. Entre estas habilidades se encuentran la reformulación de lo que expresa el paciente con el fin de mostrar comprensión, la clarificación de dudas, la utilización consciente del silencio para permitir que el otro piense y sienta, la validación emocional ("es comprensible que te sientas así"), el empleo de preguntas abiertas para indagar sobre preocupaciones profundas y la capacidad de soportar nuestra propia incomodidad ante el sufrimiento ajeno sin apresurarnos a "solucionarlo" enseguida (Norouzadeh et al., 2022; Engel et al., 2023). Cuando estas herramientas se utilizan de manera sistemática, ayudan a reducir la angustia, la desesperanza y los sentimientos de soledad. Además, posibilitan tratar el sufrimiento emocional de forma efectiva y estructurada, no solo como un aspecto secundario, sino como una meta explícita del cuidado. Se ha demostrado que las enfermeras que aplican de forma sistemática técnicas de comunicación terapéutica, como la validación emocional, el fomento de diálogos difíciles, el silencio terapéutico o la clarificación y reformulación, influyen significativamente en la percepción del paciente sobre su dignidad y confianza (Mroz et al., 2023; Norouzadeh et al., 2022). Estas herramientas, que son la clave principal de nuestra revisión bibliográfica narrativa y por ello se hablará con más extensión de ellas durante la discusión, ayudan a disminuir sentimientos de desasosiego, soledad o desesperanza que suelen aparecer hacia el final de la vida (Engel et al., 2023; Mroz et al., 2023). Además, permiten afrontar el sufrimiento emocional de manera efectiva y ordenada, sirviendo no solo como una ayuda verbal sino también como un vínculo hacia la liberación a nivel simbólico, espiritual y afectivo del paciente enfermo y su entorno (Norouzadeh et al., 2022; Engel et al., 2023).

Sin embargo, asumir este rol comunicativo y humanizador no es fácil, la literatura señala que muchas enfermeras se enfrentan a situaciones emocionalmente complejas con una formación en ellas limitada y en condiciones organizativas que no siempre favorecen el tiempo ni la calidad de la relación enfermera-paciente (Henderson et al., 2025; De Brasi et al., 2021). Las investigaciones recientes con estudiantes de enfermería muestran que estas presentan dificultades para identificar y manejar la "conspiración de silencio", fenómeno frecuente en cuidados paliativos en el que algunos familiares piden ocultar información al paciente con la intención de "protegerlo". Sin embargo, las alumnas de enfermería, después de recibir una formación específica, son capaces de desarrollar su habilidad para detectar este suceso, además de examinar sus consecuencias éticas y sugerir enfoques fundamentados en el diálogo abierto

y la consideración de la autonomía del paciente, lo que evidencia la importancia de la formación en habilidades comunicativas complejas (Carrió-Fito et al., 2024). De manera similar, otras revisiones sobre los desafíos y barreras a los que se enfrentan las enfermeras al asistir a pacientes y familias en el contexto de malas noticias pone a destacar que el modo de comunicar puede tener un impacto decisivo en cómo estos viven el proceso. Las enfermeras participan en distintas fases: preparan al paciente y la familia antes de la conversación médica, sostienen emocionalmente durante el encuentro, ayudan a clarificar o ampliar la información después y acompañan las reacciones posteriores. Sin embargo, se enfrentan a obstáculos importantes, como la ausencia de formación específica, el miedo a hacer daño, la dificultad para manejar sus propias emociones, las normas culturales y religiosas o la falta de pautas claras sobre su papel en estos contextos (Wahyuni et al., 2023). Todo esto destaca que el trabajo de la enfermera al comunicar malas noticias es fundamental, pero sensible, y necesita no solo competencias individuales, sino también respaldo en términos de ética, organización y formación (Henderson et al., 2025; De Brasi et al., 2021).

A todo lo anterior, se le suman las condiciones estructurales de los sistemas sanitarios. La indefinición de roles, la variedad de marcos normativos y la carencia de soporte práctico pueden obstaculizar la práctica relacional y elevar el malestar moral en estudios cualitativos con enfermeras que trabajan en entornos con una alta carga moral (Henderson et al., 2025). Por otro lado, se ha vinculado la exposición constante a decisiones difíciles, al sufrimiento intenso y a la muerte con problemas de salud mental, burnout y fatiga por compasión en enfermeras de cuidados paliativos (De Brasi et al., 2021; Tan et al., 2024; Ljubičić et al., 2025). Las profesionales describen sentimientos de impotencia, culpa, tristeza acumulada y despersonalización cuando perciben que no pueden ofrecer el cuidado que consideran adecuado o cuando no cuentan con el tiempo y los recursos necesarios. Estos estudios están de acuerdo en que es complicado sostener un cuidado verdaderamente humanizado a largo plazo sin espacios para la reflexión ética, supervisión y apoyo emocional, así como sin una estructura que reconozca y valore de forma explícita la dimensión relacional de la enfermería (De Brasi et al., 2021; Henderson et al., 2025; Tan et al., 2024).

A pesar de que las investigaciones científicas subrayan la relevancia del sufrimiento emocional en los pacientes con cáncer que reciben cuidados paliativos, este aspecto sigue siendo menos estudiado y menos abordado sistemáticamente que el tratamiento del dolor o de otros síntomas físicos. Según estudios, la depresión y la ansiedad son frecuentes y se relacionan con una disminución en la calidad de vida y con síntomas más graves (Gontijo Garcia et al., 2023; Podbury et al., 2025). Sin embargo, en la práctica clínica no siempre se realiza un estudio estructurado

de los síntomas emocionales, y las demandas de atención pueden reducir el tiempo disponible para hablar sobre angustias, temores o desesperación. Esta disparidad entre la dimensión del sufrimiento emocional y los recursos que efectivamente se utilizan para mitigarlo indica la necesidad de examinar en particular el rol de la enfermera en este campo (Gontijo García et al., 2023; Podbury et al., 2025).

En este contexto, la comunicación terapéutica y los cuidados humanizados tienen una gran importancia, podemos observar en estudios recientes que la comunicación empática y sensible mejora la experiencia del paciente, reduce el sufrimiento emocional, ayuda a sobrellevar las circunstancias difíciles, y hace más fuerte la percepción de estar acompañado en los últimos instantes de vida. Un paciente que recibe cuidados paliativos necesita un espacio seguro donde pueda expresar sus preocupaciones, temores y temas relacionados con la existencia. Debido a su proximidad, su disponibilidad y la continuidad en la atención, la enfermera es la profesional mejor situada para conservar este espacio emocional. Esta dimensión humana del cuidado es especialmente importante en pacientes oncológicos avanzados, ya que suelen padecer angustia vinculada a la pérdida de autonomía, miedo a morir y ansiedad acerca del avance de su enfermedad (Engel et al., 2023).

La comunicación terapéutica, además de ser útil para los pacientes, es también un recurso que protege a los enfermeros. El profesional, gracias a su capacidad de comunicación avanzada, tiene la posibilidad de encarar situaciones emocionalmente difíciles de manera más sana, desarrollar resiliencia y encontrar un propósito en su labor, aun cuando se enfrenta a circunstancias muy dolorosas (Wittenberg et al., 2024; Tan et al., 2024; Ljubičić et al., 2025). Desde este punto de vista, la comunicación terapéutica puede ser considerada como una habilidad que brinda protección en dos aspectos: aliviando el sufrimiento del paciente y reduciendo al mismo tiempo el peligro de agotamiento profesional y descontento moral al proporcionar a las profesionales herramientas para afrontar las demandas emocionales de manera consciente y estructurada (De Brasi et al., 2021).

Por todo ello, resulta necesario profundizar en cómo la comunicación terapéutica enfermera puede contribuir al alivio del malestar psicológico en pacientes oncológicos paliativos. A partir de esta necesidad, se plantea el presente trabajo, orientado a revisar la evidencia disponible sobre su utilidad como herramienta de cuidado humanizado en el final de vida.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Pregunta de investigación siguiendo el formato PICO:

- **P (población/problema):** Pacientes oncológicos paliativos en situación de final de vida con malestar psicológico.
- **I (intervención):** Estrategias de comunicación terapéutica enfermera.
- **C (comparación):** Atención paliativa sin un abordaje comunicativo específico de la dimensión emocional.
- **O (outcome/resultados):** Reducción del malestar psicológico, mejora del afrontamiento, percepción de cuidado humanizado.

Pregunta: *¿Cómo contribuye la comunicación terapéutica enfermera al alivio del malestar psicológico en pacientes oncológicos paliativos en situación de final de vida, en comparación con una atención que no incorpora un abordaje comunicativo humanizado?*

4. OBJETIVOS

Objetivo general
Analizar el papel de la comunicación terapéutica enfermera en el alivio del malestar psicológico de pacientes oncológicos en cuidados paliativos mediante una revisión bibliográfica.
Objetivos específicos
Describir las experiencias y necesidades emocionales de los pacientes oncológicos en situación paliativa.
Identificar las estrategias de comunicación terapéutica utilizadas por profesionales de enfermería.
Analizar el impacto de estas estrategias en el sufrimiento emocional del paciente y en su proceso de final de vida.
Examinar el impacto de la comunicación terapéutica en la percepción de cuidado humanizado.

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE DISEÑO Y MUESTRA DEL ESTUDIO:

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa, de carácter descriptivo, entre noviembre de 2025 y abril de 2026, con la finalidad de dar respuesta a la pregunta de investigación planteada y a los

objetivos del trabajo. Este tipo de diseño permite reunir, analizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre un tema, integrando estudios con diferentes enfoques metodológicos.

La muestra del estudio estuvo constituida por artículos científicos relacionados con los cuidados paliativos, el sufrimiento emocional en el paciente oncológico, el rol enfermero, la comunicación terapéutica y el cuidado humanizado en el contexto de final de vida. Las fuentes consultadas fueron las bases de datos PubMed y Scopus.

Como criterios de inclusión se establecieron: artículos publicados entre 2020 y 2025, escritos en español o inglés, con acceso abierto, relacionados con pacientes oncológicos en cuidados paliativos o en situación de final de vida, y que abordaran la comunicación terapéutica, la comunicación empática, el cuidado humanizado, el sufrimiento emocional o el rol enfermero. Se incluyeron tanto estudios originales como revisiones y artículos teóricos relevantes para contextualizar el tema.

Como criterios de exclusión se descartaron los artículos publicados fuera del periodo establecido, los escritos en idiomas distintos al español o inglés, los que no disponían de acceso abierto, los duplicados, los que no guardaban relación directa con la pregunta de investigación y aquellos que, tras la lectura del título, resumen o texto completo, no aportaban información relevante para los objetivos del trabajo.

Tras el proceso de búsqueda, cribado y lectura crítica, se utilizaron 27 referencias para la contextualización teórica y metodológica del trabajo. De ellas, 12 artículos fueron seleccionados para el análisis de resultados y discusión. Más del 50 % de estos 12 artículos corresponden a investigaciones originales publicadas en revistas internacionales, cumpliendo así el criterio establecido para la revisión.

5.2. INSTRUMENTOS:

Para documentar de forma ordenada el proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de los artículos seleccionados, se utilizaron las directrices PRISMA 2020 como instrumento de apoyo para documentar el proceso (Page et al., 2021). A partir de estas directrices se elaboró un diagrama de flujo, en el que se registró para cada base de datos utilizada (PubMed y Scopus), el número total de resultados obtenidos, el número de artículos tras la lectura del resumen, el número de textos evaluados a texto completo y, finalmente, los estudios incluidos en la revisión, así como los motivos de exclusión en cada fase. Este Diagrama de Flujo se presenta a continuación:

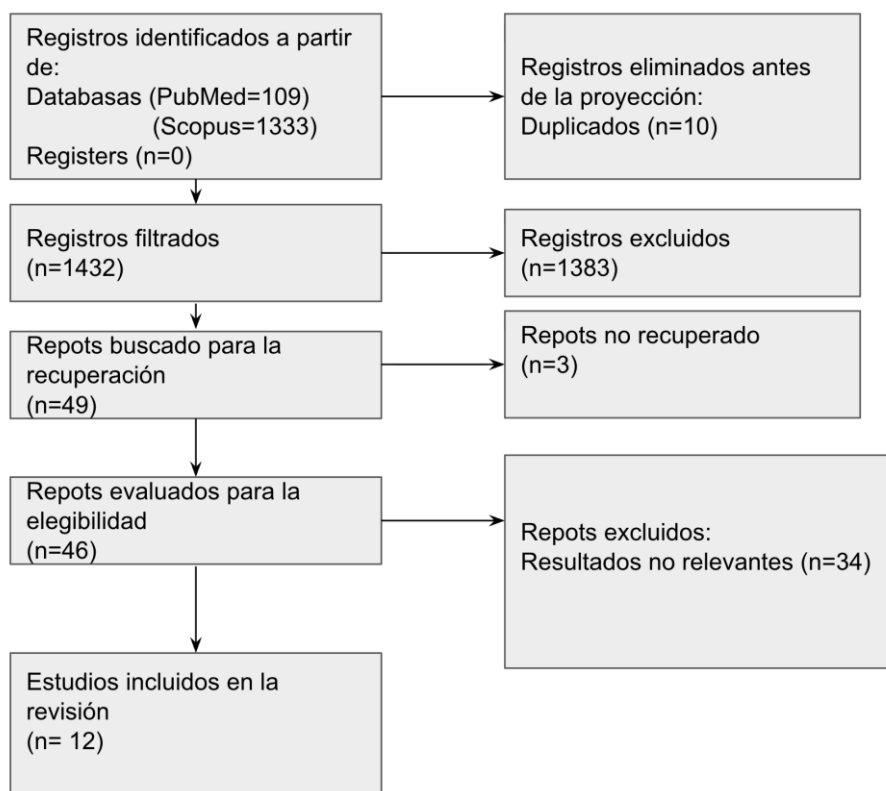


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios según PRISMA 2020. Fuente: elaboración propia.

Además, para la lectura crítica de los artículos seleccionados se utilizó una valoración inicial basada en la metodología CASPe. Tras el cribado inicial por título y resumen y la posterior lectura a texto completo, los artículos fueron valorados mediante tres preguntas guía: si el estudio era válido, cuáles eran sus resultados principales y si los resultados ayudaban a responder a la pregunta de investigación planteada. No se aplicó la fase avanzada de CASPe con plantillas específicas según el tipo de estudio, sino una valoración inicial orientada a asegurar la pertinencia, validez y relevancia de los artículos incluidos en la revisión (UMH, 2023).

5.3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La búsqueda bibliográfica se realizó de forma estructurada en las bases de datos PubMed y Scopus. En primer lugar, se definió el intervalo temporal de las publicaciones, seleccionando artículos comprendidos entre los años 2020 y 2025, con el objetivo de recoger la evidencia más reciente disponible. Posteriormente, se aplicó como criterio de inclusión el idioma,

seleccionando únicamente artículos en español o inglés. Finalmente, se limitó la búsqueda a publicaciones con acceso abierto.

La búsqueda se realizó en varias rondas sucesivas, revisando los resultados obtenidos y ajustando las ecuaciones hasta obtener una selección de estudios coherente con la pregunta de investigación y los objetivos del trabajo. Estos términos se combinaron mediante operadores booleanos (AND, OR) para construir las ecuaciones de búsqueda empleadas en las bases de datos PubMed y Scopus que se observan en la *Tabla 1*.

BASES DE DATOS	ECUACIONES DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS EXCLUIDOS	ARTÍCULOS USADOS
PUBMED	("palliative care" OR "end-of-life care") AND (nurs* OR nursing) AND (cancer OR oncolog*) AND (communication OR "therapeutic communication" OR "empathic communication") AND (anxiety OR depression OR distress OR "emotional suffering")	109	107	2
SCOPUS	TITLE-ABS-KEY(("palliative care" OR "end of life care" OR "hospice care") AND (nurs* OR nursing) AND (cancer OR oncolog*) AND ("therapeutic communication" OR "empathic communication" OR communication) AND (anxiety OR depression OR distress OR "emotional suffering")) AND PUBYEAR > 2019 AND PUBYEAR	1333	1323	10

	< 2026 AND (LIMIT-TO(LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO(LANGUAGE, "Spanish")) AND (LIMIT-TO(OA, "all"))			
--	---	--	--	--

Tabla 1. Ecuaciones de búsqueda.

5.4. VARIABLES Y TÉRMINOS DE BÚSQUEDA:

En esta revisión, la variable principal de estudio es el cuidado enfermero del sufrimiento emocional en el paciente oncológico paliativo en situación final de vida utilizando intervenciones enfermeras relacionadas con la comunicación terapéutica.

Como algunas variables secundarias se consideraron:

- La presencia y las características del sufrimiento emocional en el paciente oncológico paliativo: ansiedad, depresión, distrés psicológico, soledad, desesperanza, ...
- El tipo de intervenciones enfermeras relacionadas con la comunicación terapéutica, el cuidado humanizado y la importancia de la relación enfermera, paciente y familia.
- El impacto de estas intervenciones en la experiencia del paciente y la familia: afrontamiento, percepción de apoyo, calidad de vida, ...
- Las repercusiones observadas sobre las enfermeras que trabajan en cuidados paliativos/oncológicos: estrés, burnout, fatiga por compasión, malestar moral, ...

Para la búsqueda se emplearon términos en lenguaje libre y descriptores normalizados DeCS y MeSH. Estos términos se recogen en la *Tabla 2*:

LENGUAJE LIBRE	MESH	DECS
Enfermería Cuidado enfermero	Nursing	Enfermería holística
Oncología Paciente oncológico	Oncology Nursing Integrative oncology	Oncología Integrativa

Sufrimiento emocional	Stress, Psychological	Distrés Psicológico
Comunicación terapéutica	Health Communication Nonverbal Communication	Interacción Interpersonal
Herramienta humanizadora Humanización	Humanization	Humanización de la Atención

Tabla 2. Descriptores DeCS y MeSH.

5.5. ASPECTOS ÉTICOS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Al tratarse de una revisión bibliográfica narrativa basada en artículos científicos ya publicados, no ha sido necesaria la aprobación por parte de un comité de ética ni la obtención de consentimiento informado, ya que no se ha trabajado directamente con pacientes, familiares ni profesionales sanitarios. Tampoco se han utilizado datos personales identificables. Aun así, durante la elaboración del trabajo se ha procurado realizar un uso responsable de la información, respetando la autoría de las fuentes consultadas mediante la citación correspondiente y evitando la reproducción literal de fragmentos sin referencia.

En cuanto a las limitaciones, es posible que algunos artículos relevantes no se hayan incluido debido a los criterios establecidos en la búsqueda. La revisión se limitó a publicaciones entre 2020 y 2025, en inglés o español, de acceso abierto y localizadas en PubMed y Scopus. Además, al tratarse de una revisión narrativa, no se realizó un metaanálisis ni un análisis estadístico conjunto de los resultados. También debe tenerse en cuenta que los estudios incluidos son muy diferentes entre sí, ya que algunos son revisiones, otros estudios cualitativos, estudios transversales o ensayos clínicos. Esto dificulta comparar directamente sus resultados. Por último, algunas investigaciones no estudian solo la comunicación terapéutica, sino modelos de cuidado más amplios donde la comunicación es una parte del abordaje. Por todo ello, los resultados deben interpretarse con prudencia y se considera necesario seguir investigando el impacto específico de la comunicación terapéutica en pacientes oncológicos paliativos.

6. RESULTADOS

Autor, revista de publicación, año.	País	Diseño	Sujetos y origen	Medida de resultado	Conclusiones
Podbury B. et al., <i>BMJ Supportive & Palliative Care</i>, 2025	Australia	Estudio transversal	238 pacientes adultos con cáncer avanzado procedentes de dos ensayos clínicos aleatorizados sobre cannabis medicinal.	Edmonton Symptom Assessment System y Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21).	Los resultados muestran que la ansiedad, la depresión y el estrés son frecuentes en pacientes con cáncer avanzado. La depresión moderada-grave apareció en el 29,8 % y la ansiedad moderada-grave en el 47,9. Además, estos síntomas emocionales aparecen relacionados con una mayor carga de síntomas físicos y con un peor bienestar general. Por ello, el estudio refuerza la necesidad de valorar al paciente de forma integral, atendiendo tanto al malestar físico como al psicológico.
Gontijo Garcia G. S. et al., <i>BMC</i>	Brasil	Estudio transversal	70 pacientes con cáncer avanzado atendidos en cuidados	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y EORTC QLQ-C30 para	Se observó alta prevalencia de depresión (44,3 %), ansiedad (25,7 %) y coexistencia de ambas (52,9 %). Una mejor funcionalidad y calidad de vida se asociaron con menor

<i>Palliative Care, 2023</i>			paliativos hospitalarios.	calidad de vida y funcionalidad.	probabilidad de ansiedad y depresión, mientras que náuseas/vómitos, fatiga y pérdida de apetito aumentaron la probabilidad de malestar emocional.
Engel M. et al., <i>Palliative & Supportive Care, 2023</i>	Revisión internacional: Estados Unidos, Canadá, Australia, Países Bajos, Reino Unido, Israel, Portugal, Suecia, España, Austria, Alemania, Noruega, Bélgica, Irlanda, Italia y Dinamarca	Revisión sistemática	56 artículos correspondientes a 53 estudios empíricos con pacientes con enfermedad avanzada y familiares en cuidados paliativos.	Síntesis temática de estudios sobre comunicación efectiva en cuidados paliativos.	Identifica siete componentes clave de la comunicación efectiva: información abierta y honesta, adaptación al proceso del paciente/familia, empatía, lenguaje claro, espacio para el afrontamiento positivo, profesionales comprometidos y reconocimiento del rol de los cuidadores. Subraya que los pacientes valoran que se atienda también a quiénes son como personas, no solo a los aspectos médicos.
Mroz E. L. et al., <i>Journal of</i>	Estados Unidos	Análisis secundario de	71 encuentros de cuidados paliativos	Empathic Communication Coding	El estudio muestra que, durante los encuentros de cuidados paliativos, los

<i>Palliative Medicine, 2022</i>		encuentros clínicos grabados	grabados en audio por 22 clínicos de cuidados paliativos en dos centros: un sistema académico de salud y una organización comunitaria de hospice/cuidados paliativos.	System; análisis de oportunidades empáticas y respuestas del profesional.	pacientes expresan con frecuencia emociones, preocupaciones o dificultades que pueden convertirse en oportunidades para responder con empatía. Estas situaciones permiten al profesional acompañar mejor el sufrimiento emocional, aunque también muestran la necesidad de seguir formando a los equipos en habilidades de comunicación empática.
<i>Mroz E. L. et al., Patient Education and Counseling, 2023</i>	Estados Unidos	Análisis secundario de encuentros de cuidados paliativos	71 encuentros de cuidados paliativos grabados en audio con pacientes, cuidadores y clínicos.	Empathic Communication Coding System; análisis de oportunidades empáticas centradas en emoción, desafío y progreso.	Los resultados indican que la comunicación en cuidados paliativos cambia según quién participa en la conversación. La presencia de familiares, cuidadores y profesionales modifica la forma en que se expresan las emociones y preocupaciones. Por ello, los autores concluyen que los profesionales deben estar preparados para adaptar y ser conscientes de sus respuestas empáticas según quién participa en la conversación.
<i>Rodríguez-Castellanos I.</i>	España / Europa	Revisión narrativa	Guías europeas y evidencia sobre	Revisión de la European Palliative Sedation	La revisión destaca que la comunicación sigue teniendo valor incluso cuando el

et al., <i>Healthcare</i> , 2025			sedación paliativa y cuidado auditivo en pacientes al final de la vida.	Repository y de guías de la European Association for Palliative Care (EAPC).	paciente se encuentra en sedación paliativa o ya no puede responder verbalmente. Mantener una presencia comunicativa, cuidar el entorno sonoro y seguir dirigiéndose al paciente puede ayudar a preservar su dignidad y el vínculo asistencial hasta el final de la vida.
Seven A. & Sert H., <i>Florence Nightingale Journal of Nursing</i> , 2023	Turquía	Ensayo controlado aleatorizado	64 pacientes ingresados en servicios de cuidados paliativos de un hospital de formación e investigación y dos hospitales estatales.	Patient Information Form, Beck Anxiety Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Medical Research Council Dyspnea Scale y Short Form-36 Quality of Life Scale.	El estudio evaluó la aplicación de cuidados de enfermería basados en el <i>Human Care Model</i> de Jean Watson, integrando intervenciones físicas, emocionales, sociales y comunicativas. En comparación con el grupo control, el grupo intervención mostró una disminución de la ansiedad y la disnea, junto con una mejora de la calidad de vida. Los resultados apoyan la utilidad de aplicar modelos de cuidado humanizado en pacientes paliativos, aunque el efecto observado no puede atribuirse únicamente a la comunicación terapéutica, sino al conjunto del abordaje integral.

Seiler A. et al., <i>BMC Palliative Care</i>, 2024	Suiza	Ensayo controlado aleatorizado multicéntrico	68 pacientes con cáncer terminal, esperanza de vida inferior a 6 meses y niveles clínicamente relevantes de estrés, junto con sus familiares/cuidadores.	HADS, FACIT-Pal-14, PRISM, Patient Dignity Inventory, WHOQOL-BREF, FACIT-SP y cuestionarios de aceptabilidad/viabilidad.	La terapia de dignidad fue bien recibida por pacientes y familiares. Los grupos de intervención mostraron aumento de calidad de vida y efecto protector frente al deterioro de salud mental, carga de enfermedad y sufrimiento. Los autores consideran que puede ser una herramienta útil para facilitar conversaciones de final de vida entre pacientes terminales y familiares.
Wittenberg E. et al., <i>PEC Innovation</i>, 2024	Estados Unidos	Artículo conceptual basado en revisión de la literatura	12 artículos incluidos; la mayoría eran estudios cualitativos.	Análisis cualitativo de hallazgos para elaborar un modelo conceptual del rol enfermero en la comunicación sobre objetivos de cuidado.	Identifica tres temas principales: ambigüedad en las responsabilidades del rol enfermero, objetivos de cuidado como comunicación de final de vida y necesidad de formación comunicativa. Propone un modelo con dos vías: enfermeras de práctica avanzada que dirigen conversaciones sobre objetivos de cuidado y enfermeras registradas que apoyan esa comunicación. El artículo sitúa a la enfermera como una figura clave en la comunicación sobre objetivos de cuidado. Señala que todavía existe cierta ambigüedad sobre sus

					responsabilidades en estas conversaciones, pero también destaca su papel para apoyar al paciente y la familia, adaptar el lenguaje y favorecer una atención coherente con los valores y preferencias de la persona.
Peerboom F. B. A. L. et al., BMC Nursing, 2025	Países Bajos	Estudio cualitativo descriptivo	8 personas mayores y 4 familiares cuidadores que habían participado recientemente en conversaciones de final de vida con personal de enfermería en domicilio, residencia, hospital o atención primaria.	Entrevistas semiestructuradas y análisis temático reflexivo.	Las personas mayores y sus familiares priorizan sentirse cómodos en conversaciones naturales y humanas sobre el final de vida. Quieren ser vistos, escuchados y reconocidos como personas con historia, valores y necesidades, no solo como pacientes con una enfermedad. El personal de enfermería debe adaptar su comunicación a las expectativas de cada persona y familia.
von Blanckenburg P. et al., BMJ Open, 2022	Alemania	Estudio transversal	151 participantes de un hospital universitario alemán: 85 pacientes oncológicos paliativos	Entrevista semiestructurada y cuestionario en papel sobre expectativas, miedos relacionados con	Pacientes y cuidadores esperaban alivio personal al hablar abiertamente sobre el final de vida, pero también temían cargar emocionalmente a la otra persona. Los cuidadores manifestaron más miedos

			y 66 cuidadores/familiares.	el final de vida y experiencias de comunicación sobre final de vida.	relacionados con la última etapa de vida y con estas conversaciones, mientras que los pacientes tendían más a evitar temas de muerte y morir. Los autores concluyen que los profesionales deben iniciar de forma repetida la comunicación sobre final de vida.
Ryan R. E. et al., <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, 2022	Revisión internacional	Revisión sistemática Cochrane	Estudios sobre intervenciones dirigidas a mejorar la comunicación interpersonal verbal sobre cuidados al final de vida entre profesionales sanitarios y personas afectadas por el final de vida.	Calidad de la comunicación, conversaciones sobre final de vida, participación en decisiones, calidad de vida, satisfacción y posibles efectos adversos de las intervenciones comunicativas.	La comunicación sobre el final de vida es un componente esencial de la calidad asistencial, pero la evidencia disponible sobre intervenciones para mejorarla sigue siendo limitada y de certeza baja o muy baja. Los efectos sobre calidad de comunicación, calidad de vida o satisfacción fueron mínimos o inciertos, por lo que se necesitan estudios más sólidos y mejores medidas de resultado.

Tabla 3. Características principales de los artículos incluidos en la revisión. Fuente: elaboración propia a partir de los artículos seleccionados.

7. DISCUSIÓN

Dentro del contexto del paciente oncológico paliativo en situación de final de vida, es especialmente relevante hablar sobre cómo los síntomas emocionales y físicos juegan un papel importante en la calidad de vida percibida por el paciente. El sufrimiento emocional de este tipo de pacientes se relaciona directamente con una percepción de calidad de vida reducida, un incremento en la carga de otros síntomas físicos y problemas para afrontar la enfermedad y las circunstancias asociadas a ella (Podbury et al., 2025; Gontijo Garcia et al., 2023). Desde la perspectiva de los cuidados paliativos, atender este sufrimiento deja de ser un aspecto secundario y pasa a convertirse en una prioridad asistencial. Aliviar el dolor sin abordar el miedo, la depresión o la desesperanza supone ofrecer un cuidado incompleto. Por ello, la comunicación eficaz resulta esencial.

A partir de una revisión sistemática realizada por Engel et al. (2023), se identificaron siete temas que, desde la perspectiva de pacientes y familiares, contribuyen a una comunicación eficaz en cuidados paliativos. El primero es la información abierta y honesta, que implica explicar de forma clara aspectos como el diagnóstico, la evolución de la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico. El segundo es la adaptación de la información al proceso de cada paciente y familia, ya que no todas las personas desean recibir la misma cantidad de información ni la asimilan al mismo ritmo. El tercer tema es la empatía, entendida como la capacidad del profesional para reconocer y responder al sufrimiento emocional. El cuarto es el uso de un lenguaje claro y comprensible, evitando tecnicismos que puedan aumentar la confusión o la incertidumbre. El quinto hace referencia a dejar espacio para estrategias de afrontamiento positivas, permitiendo que el paciente y la familia mantengan cierta esperanza o se aferren a aspectos importantes de su vida, incluso en un contexto de enfermedad avanzada. El sexto tema es el compromiso profesional, es decir, que el paciente y la familia perciban que el profesional no solo atiende la enfermedad, sino que también se implica en el cuidado de la persona. Por último, se destaca el reconocimiento de los familiares en su papel como cuidadores, ya que pacientes y familiares indicaron que los profesionales sanitarios deberían tomarse el tiempo necesario para escuchar realmente sus preocupaciones y necesidades y, cuando sea posible, brindar apoyo personalizado.

A partir de estos siete temas, Engel et al. (2023) desarrollaron una definición de lo que es una comunicación eficaz en cuidados paliativos, explicando que consiste en un proceso de intercambio sobre aspectos informativos y empáticos entre el paciente o familiar y el profesional sanitario. El aspecto empático de esta definición se sustenta en la relación profesional-paciente.

Esta, favorece una mayor sensación de igualdad entre ambos y hace que los pacientes se sientan más invitados y seguros para compartir sus preocupaciones, necesidades y preferencias con respecto a su atención y tratamiento. Esto demuestra que, para una comunicación eficaz, los pacientes y sus familiares, además de recibir información abierta y honesta, desean que los profesionales sanitarios presten atención no solo a la enfermedad y los síntomas del paciente, sino también a quién es el paciente más allá de la enfermedad y al rol del familiar. Dicha atención puede brindar a los pacientes y familiares una sensación de seguridad ante la incertidumbre de experimentar una trayectoria de enfermedad avanzada, como en el caso del paciente oncológico paliativo. En este sentido, los hallazgos de Engel et al. (2023) aportan un marco teórico claro sobre qué elementos debería contener una comunicación eficaz, aunque no permiten por sí solos determinar hasta qué punto dichos elementos se trasladan de forma consistente a la práctica clínica. En conjunto, estos hallazgos muestran que una comunicación eficaz no depende solo de la información que se transmite, sino también de cómo se adapta al paciente, del grado de empatía del profesional y de que el lenguaje resulte realmente comprensible.

Para llevar a cabo esta comunicación eficaz, se debe tener en cuenta que, durante los encuentros con pacientes paliativos, es muy frecuente enfrentarse a oportunidades empáticas. Estas se definen como cualquier expresión del paciente o familia que señala una emoción o experiencia significativa, tanto positiva como negativa, y que por lo tanto abre la posibilidad de que el profesional sanitario responda con empatía. Se ha demostrado que los pacientes presentan una media de 9 oportunidades empáticas por encuentro con un profesional sanitario. Las cuales se clasifican en tres grupos: *emoción* (es decir, estado afectivo negativo), *progreso* (es decir, evento o desarrollo vital positivo reciente declarado) y *desafío* (es decir, problema declarado o evento reciente y negativo que cambió la vida del paciente o de su entorno). Se observó que en las oportunidades empáticas del grupo desafío, a pesar de ser las que se presentaban con más frecuencia, con un 50%, eran las que menos respuestas empáticas recibían, con un 75% de respuestas de alta empatía, frente a un 89% y 93% que presentan las oportunidades de emoción y de progreso, respectivamente. Además, una de cada doce oportunidades empáticas quedó interrumpida por un cambio de tema por parte del paciente o de un familiar antes de que el profesional sanitario pueda responder. Estas situaciones suponen un reto para los profesionales sanitarios, ya que responder adecuadamente a estas oportunidades requiere habilidades específicas de comunicación y validación emocional. En muchos casos, la falta de respuesta empática se relaciona con la necesidad de una mayor formación en comunicación y en técnicas concretas de manejo emocional (Mroz et al., 2022). Engel et al. (2023) permiten entender qué elementos definen una buena comunicación desde la

perspectiva de pacientes y familiares. Sin embargo, Mroz et al. (2022) muestran que esos principios no siempre se traducen en respuestas empáticas adecuadas en la práctica, sobre todo cuando el paciente expresa situaciones de desafío.

En los cuidados paliativos, además, las interacciones entre profesionales sanitarios, pacientes y familiares rara vez se producen en un contexto estrictamente individual entre paciente y profesional. Con frecuencia participan múltiples familiares o cuidadores, así como distintos profesionales sanitarios, lo que modifica la dinámica de la comunicación, de modo que la empatía y la interacción comunicativa cambian cuando hay varios familiares y varios profesionales presentes. Pacientes y acompañantes expresan cosas distintas: habitualmente los pacientes expresan más oportunidades de *emoción* y los familiares más de *desafío*. Esto influye directamente en la dinámica comunicativa, los familiares inician más oportunidades empáticas si hay más cuidadores/familiares presentes, aunque se expresan menos a medida que aumenta el número de profesionales sanitarios. Cuando hay más cuidadores y más profesionales sanitarios presentes, los profesionales muestran menos respuestas de baja empatía. En conjunto, estos hallazgos indican que la presencia de familiares, cuidadores y profesionales sanitarios modifica la dinámica de la comunicación empática, especialmente en el caso de los familiares. No obstante, no hay datos que demuestren un efecto similar sobre las oportunidades empáticas expresadas por los pacientes, por lo que los profesionales sanitarios deben adaptar su comunicación al contexto de cada interacción (Mroz et al., 2023).

Además, la comunicación terapéutica en cuidados paliativos no se limita únicamente a situaciones en las que el paciente puede participar activamente en el diálogo. En fases avanzadas de la enfermedad, cuando se aplica sedación paliativa y la capacidad de interacción del paciente se reduce o desaparece, la comunicación continúa teniendo un papel relevante dentro del cuidado. En este contexto, continuar dirigiéndose verbalmente al paciente, explicando los procedimientos y manteniendo una presencia comunicativa puede contribuir a preservar la dignidad del paciente y el vínculo asistencial. Diversas recomendaciones clínicas sugieren que los profesionales sanitarios y los familiares continúen hablándole al paciente durante la sedación, ya que la audición puede mantenerse como uno de los últimos sentidos activos en las fases finales de la vida. De este modo, la comunicación se mantiene como una forma de cuidado humanizado incluso cuando el paciente ya no puede responder activamente (Rodríguez-Castellanos et al., 2025).

Existe también bibliografía que analiza estrategias concretas de comunicación terapéutica. Algunas de estas estrategias se centran en la denominada “dignity therapy” (DT), una

intervención que consiste en la elaboración de un “documento legado” en el que se recogen la historia de vida del paciente, sus valores, recuerdos significativos y esperanzas para el futuro. Este documento es posteriormente entregado a los familiares o cuidadores. Un ensayo clínico aleatorizado liderado por Seiler (2024) evaluó los efectos de esta intervención en 68 pacientes oncológicos de diferentes especialidades. Los resultados mostraron mejoras en los pacientes que recibieron la intervención en comparación con aquellos que recibieron un cuidado “estándar”. Entre los beneficios observados, alrededor de dos tercios de los pacientes destacaron una mayor sensación de gratitud, el descubrimiento de un mayor sentido y propósito en la vida y una facilitación de las conversaciones con familiares sobre deseos, preocupaciones y toma de decisiones relacionadas con el final de la vida. Asimismo, la aplicación de esta intervención se asoció con una reducción del sufrimiento en los pacientes oncológicos terminales y en sus familiares o cuidadores, además de una mejora en la calidad de vida. Los efectos positivos también se observaron en los familiares hasta tres meses después del fallecimiento del paciente (Seiler et al., 2024). Frente a los trabajos de Engel et al. (2023) y Mroz et al. (2022, 2023), más centrados en describir cómo debería ser la comunicación o cómo se desarrolla en la práctica, Seiler et al. (2024) aportan evidencia sobre una intervención concreta y sobre sus posibles efectos tanto en el paciente como en su entorno familiar.

En una línea similar, otros estudios han analizado el impacto de intervenciones basadas en modelos de cuidado humanizado dentro de los cuidados paliativos. En este sentido, un ensayo clínico aleatorizado realizado por Seven y Sert (2023) evaluó la aplicación de cuidados de enfermería basados en el *Human Care Model* de Jean Watson, cuidados entre los que se encuentran técnicas de comunicación como la empatía, apoyo de sentimientos y asegurar que el paciente exprese sentimientos, además de la realización de cuidados físicos y sociales. Los resultados mostraron que los pacientes del grupo intervención que recibieron este tipo de atención presentaron una reducción significativa de síntomas como la ansiedad y la disnea, y también una mejora en su calidad de vida, en comparación con el grupo control. Estas medidas, en el caso de la ansiedad y de acuerdo con la Escala de Beck en el grupo control se mantuvieron con una puntuación media de 22 mientras que en el grupo intervención pasó de una puntuación media de 21,5 a 11 después de las intervenciones. En el caso de la disnea, mediante la escala de MRC se obtuvieron unas puntuaciones medias de 3 tanto en el grupo control como en el de intervención antes de los cuidados, la cual se mantendría igual en el grupo control, mientras en el grupo intervención se obtuvo una media de 1. En paliativos, ansiedad y disnea se retroalimentan, contra más disnea, más ansiedad y menor percepción de aire, por lo que intervenciones basadas en el *Human Care Model* de Jean Watson como la presencia terapéutica,

la contención emocional y el entrenamiento/educación reducen ansiedad y favorece mejor manejo de disnea (además de las técnicas respiratorias). Cabe añadir, que el efecto de la mejoría no se puede atribuir solo a la comunicación, según Watson, la atención debe de ser multifactorial, para proporcionar un cuidado adecuado, se debe de tener en cuenta todas las dimensiones (bio-psico-social-espiritual), y a todas ellas se debe de dar importancia por igual, esto ayuda a entender que la comunicación terapéutica es una herramienta más que hace posible este cuidado (Seven & Sert, 2023). A diferencia de Seiler et al. (2024), Seven y Sert (2023) no analizan una intervención centrada solo en la comunicación, sino un modelo asistencial más amplio en el que la dimensión comunicativa se combina con otros cuidados físicos, emocionales y sociales. Esta diferencia sugiere que los beneficios observados en la práctica clínica podrían depender no solo de la comunicación terapéutica de forma aislada, sino también de su incorporación dentro de un abordaje integral del paciente paliativo.

En conjunto, estos estudios mencionados anteriormente sugieren que la incorporación de estrategias comunicativas y relacionales dentro de los cuidados paliativos no solo facilita la expresión emocional y la toma de decisiones compartida, sino que también puede tener un impacto positivo en la sintomatología y en la calidad de vida del paciente. Sin embargo, los resultados no son completamente homogéneos, ya que algunos estudios analizan intervenciones específicamente comunicativas, mientras que otros evalúan modelos de cuidado más amplios en los que la comunicación constituye solo uno de sus componentes. Esto refuerza la importancia de considerar la comunicación terapéutica como un componente esencial dentro de la atención paliativa integral.

En el contexto de los cuidados paliativos, el personal de enfermería desempeña un papel fundamental en el proceso de comunicación con pacientes y familiares debido a su presencia continuada en el cuidado directo y a su cercanía con el paciente. Los profesionales de enfermería se encuentran en una posición privilegiada para detectar necesidades emocionales, identificar preocupaciones y facilitar oportunidades donde se necesita abrir un diálogo profesional-paciente durante el proceso de enfermedad avanzada. La interacción cotidiana favorece además la creación de un entorno de confianza, lo que facilita la disposición de los pacientes paliativos a poder hablar con más facilidad o con más naturalidad sobre su proceso de final de vida, tanto de sus preferencias como de sus miedos (Peerboom et al., 2025). En este sentido, en el estudio realizado por von Blanckenburg et al. (2022), se describe que muchas veces, las conversaciones sobre el final de la vida no se inician de forma espontánea entre pacientes y sus propios familiares, debido al temor mutuo que tienen de generar sufrimiento emocional en la otra persona. De hecho, en el artículo se describe que los cuidadores reportaron más miedos

relacionados con la última etapa de vida y con estas conversaciones que los propios pacientes, mientras que los pacientes tendían más a evitar los temas de muerte y morir. Esto pone de manifiesto la importancia del papel de los profesionales sanitarios a la hora de iniciar repetidamente estas conversaciones, facilitando la creación de estos espacios de diálogo. En relación con este papel comunicativo, Wittenberg et al. (2024), a partir de una revisión de la literatura, desarrollaron un modelo conceptual sobre el rol de la enfermera como proveedora de cuidados paliativos primarios en la comunicación sobre objetivos de cuidado. Este estudio refuerza la idea de que la comunicación en cuidados paliativos no se reduce a momentos puntuales ligados a decisiones clínicas complejas, sino que se construye de forma continua a través de múltiples interacciones entre el paciente, la familia y los profesionales sanitarios (Wittenberg et al., 2024). En conjunto, estos estudios ofrecen una imagen complementaria del papel de enfermería. Peerboom et al. (2025) destacan la cercanía cotidiana que favorece la apertura de conversaciones, von Blanckenburg et al. (2022) muestran que esos temas no siempre se abordan espontáneamente en la familia, y Wittenberg et al. (2024) sitúan a enfermería en una posición estratégica dentro de un proceso comunicativo continuo. En conjunto, estos hallazgos refuerzan que la enfermería no ocupa un papel accesorio en la comunicación paliativa, sino una posición central en la detección de necesidades, la apertura de conversaciones difíciles y el acompañamiento emocional continuado del paciente y su familia.

A pesar de que diversos estudios sugieren que la comunicación terapéutica puede contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes en cuidados paliativos, la escasez de bibliografía específica dificulta determinar con precisión el alcance real de sus beneficios. Asimismo, la limitada disponibilidad de estudios centrados tanto en pacientes oncológicos como en pacientes no oncológicos paliativos impide establecer en qué medida esta intervención puede resultar más o menos efectiva en este grupo concreto. En consecuencia, se evidencia la necesidad de desarrollar más investigaciones que permitan profundizar en el impacto de la comunicación terapéutica y delimitar mejor su eficacia en distintos contextos clínicos. En esta línea, una revisión sistemática de Ryan et al. (2022) puso de manifiesto que, aunque la comunicación al final de la vida es un componente esencial de la calidad asistencial, la evidencia disponible sobre intervenciones dirigidas a mejorarla sigue siendo limitada y de baja o muy baja certeza, con resultados en general mínimos o inciertos sobre variables como calidad de la comunicación, calidad de vida o satisfacción. Sus autores concluyen además que los hallazgos siguen siendo inconclusos para la práctica clínica y que hacen falta mejores medidas de resultado y estudios más sólidos para evaluar este tipo de intervenciones. Aquí aparece una distancia clara entre teoría y práctica. Engel et al. (2023) permiten identificar con bastante claridad qué caracteriza

una comunicación eficaz, pero Ryan et al. (2022) muestran que sigue habiendo poca evidencia sólida sobre cómo implementar intervenciones concretas y cómo valorar realmente su impacto. Así, mientras trabajos como el de Engel et al. (2023) permiten identificar con bastante claridad los elementos que caracterizan una comunicación eficaz, esta revisión sugiere que la implementación y la evaluación de intervenciones concretas continúan siendo débiles. En consecuencia, se evidencia la necesidad de desarrollar más investigaciones que permitan profundizar en el impacto de la comunicación terapéutica y delimitar mejor su eficacia en distintos contextos clínicos.

En resumen, este trabajo tiene una utilidad práctica clara en el ámbito de los cuidados paliativos, ya que reúne la evidencia disponible sobre comunicación terapéutica y facilita su aplicación al trabajo clínico diario. A partir de la literatura revisada, se puede llegar a la conclusión de que la comunicación eficaz constituye un elemento fundamental para mejorar la experiencia del paciente en situación de final de vida. Sin embargo, esta evidencia también ayuda a destacar la necesidad de integrar de forma más sistemática, específicamente en el ámbito de enfermería, habilidades de comunicación dentro de la atención paliativa, donde hay más oportunidades de creación de espacios de diálogo y apoyo emocional. Además, se espera que este trabajo pueda ayudar a contribuir a sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de abordar no solo los síntomas físicos, sino también las necesidades emocionales y existenciales del paciente. En este contexto, la evidencia encontrada en la revisión bibliográfica narrativa demuestra que existirían beneficios en la creación de programas de formación específicos en comunicación terapéutica, así como desarrollar herramientas o protocolos, que faciliten y mejoren la iniciación de conversaciones sobre el proceso de final de vida. Futuras líneas de trabajo podrían centrarse en diseñar e implementar intervenciones formativas dirigidas al personal sanitario y en evaluar sus efectos tanto sobre la calidad de la comunicación terapéutica como sobre la experiencia de pacientes y familias en contexto de final de vida.

8. CONCLUSIONES

Una vez realizada esta revisión bibliográfica, se puede concluir que la comunicación terapéutica desempeña un papel fundamental en la atención al paciente oncológico paliativo en situación de final de vida. La evidencia analizada muestra que una comunicación eficaz no solo facilita la transmisión de información clínica, sino que también influye directamente en la experiencia emocional del paciente y su entorno, contribuyendo a mejorar la calidad de vida percibida y a favorecer el afrontamiento de la enfermedad.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la comunicación terapéutica no debe entenderse como un acto puntual, sino como un proceso continuo que se desarrolla a lo largo de todo el acompañamiento de la enfermedad del paciente. Incluso en fases avanzadas, como durante la sedación paliativa, la comunicación sigue teniendo un papel relevante, contribuyendo a preservar la dignidad del paciente y el vínculo asistencial. Además, determinadas intervenciones estructuradas como la “*dignity therapy*” o los modelos de cuidado humanizado, han demostrado un impacto positivo en la reducción del sufrimiento y en la mejora de la calidad de vida tanto del paciente como de sus familiares.

Por otra parte, debemos de tener en cuenta el papel de la enfermería, ya que se presenta como especialmente relevante dentro de este contexto, debido a su proximidad al paciente y a su presencia continuada en el cuidado. Los profesionales de enfermería se encuentran en una posición privilegiada para detectar necesidades emocionales, facilitar la expresión de preocupaciones y favorecer la apertura de conversaciones relacionadas con el final de vida, lo que los sitúa como un elemento clave en la calidad de la atención paliativa.

Finalmente, este trabajo pone de manifiesto que la comunicación terapéutica constituye mucho más que una herramienta clínica, debemos de tener en cuenta que también representa una forma de cuidado profundamente humana. En el contexto de final de vida, donde el sufrimiento, el miedo y la incertidumbre ocupan un lugar central en el eje del cuidado, las intervenciones enfermeras basadas en la empatía, la escucha y la presencia pueden convertirse en un apoyo esencial para el paciente y su familia.

Limitaciones del estudio:

La principal limitación encontrada en esta revisión es la escasez de estudios que analicen de forma específica el impacto de la comunicación terapéutica en pacientes oncológicos paliativos. Aunque la literatura revisada muestra que la comunicación empática y humanizada puede mejorar la experiencia del paciente y favorecer el afrontamiento emocional, muchos estudios evalúan intervenciones más amplias, en las que la comunicación aparece integrada dentro de modelos generales de cuidado. Esto dificulta conocer con exactitud qué parte de los beneficios observados se debe específicamente a la comunicación terapéutica. Además, los estudios incluidos presentan diseños y contextos clínicos diferentes, lo que limita la comparación directa entre resultados.

Futuras líneas de investigación:

En relación con futuras líneas de investigación, sería necesario continuar realizando investigaciones sobre cómo influye la comunicación en los pacientes oncológicos paliativos, ya que la bibliografía presente es escasa. Asimismo, sería relevante explorar el impacto de programas formativos dirigidos a profesionales sanitarios, especialmente al personal de enfermería, evaluando no solo la mejora en las habilidades comunicativas sino también la repercusión en la calidad de vida, control sintomático o la satisfacción del paciente y la familia. Por otra parte, se evidencia la necesidad de profundizar en cómo afecta esta comunicación terapéutica en contextos en los que el paciente presenta limitaciones para la comunicación verbal.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Carrió-Fito, J., & Terrón-Pérez, M. (2024). Knowledge and training among nursing students regarding the conspiracy of silence in palliative care: A participatory action research. *Nurse Education in Practice*, 79, 104086. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104086>
- Cisternas, M. S. (2021). *Cuidados paliativos como un derecho humano: un nuevo reto para el siglo XXI*. *Revista Internacional de Filosofía y Teoría Social*, (26), 225–241.
- De Brasi, E. L., Giannetta, N., Ercolani, S., Gandini, E. L. M., Moranda, D., Villa, G., & Manara, D. F. (2021). Nurses' moral distress in end-of-life care: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 28(5), 614–627. <https://doi.org/10.1177/0969733020964859>
- Engel, M., Kars, M. C., Teunissen, S. C. C. M., & van der Heide, A. (2023). Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: A systematic review. *Palliative & Supportive Care*, 21(5), 890–913. <https://doi.org/10.1017/S1478951523001165>
- Gobierno de España. (2021). *Spain 2050: Get our welfare state ready for a longer life*. Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia de País a Largo Plazo. https://futuros.gob.es/sites/default/files/esp2050/pdf/en/Spain_2050_5.pdf
- Gontijo Garcia, G. S., Meira, K. C., de Souza, A. H., & Guimarães, N. S. (2023). Anxiety and depression disorders in oncological patients under palliative care at a hospital service: A cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 22(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01233-1>
- Henderson, J., Stephens, J. M. L., & Thirsk, L. (2025). Nurses' perceptions of practice supports related to medical assistance in dying. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 27(3), 134–141. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000001102>
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Kwete, X. J., Bhadelia, A., Rosa, W. E., Touchton, M., Méndez-Carniado, O., Vargas Enciso, V., Pastrana, T., Friedman, J. R., Connor, S. R., Downing, J., Jamison, D. T., Krakauer, E. L., Watkins, D., Calderon-Anyosa, R., Garcia-Santisteban, R., Nargund, R. S., Cleary, J., De Lima, L., ... Radbruch, L. (2025). The evolution of serious health-related suffering from 1990 to 2021: An update to The Lancet Commission on global access to palliative care and pain relief. *The Lancet Global Health*, 13(3), e422–e436. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00476-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00476-5)

- Ljubičić, M., Pavletić, G., Šare, S., Gusar, I., Dželalija, B., Matek Sarić, M., Šimurina, T., Čanović, S., Nakić, D., & Konjevoda, S. (2025). Palliative care as a predictor of professional stress and mental health in nurses: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 12(9), e70219. <https://doi.org/10.1002/nop2.70219>
- Mroz, E. L., McDarby, M., Arnold, R. M., Bylund, C. L., Kutner, J. S., & Pollak, K. I. (2022). Empathic communication in specialty palliative care encounters: An analysis of opportunities and responses. *Journal of Palliative Medicine*, 25(11), 1622–1628. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0664>
- Mroz, E. L., McDarby, M., Kutner, J. S., Arnold, R. M., Bylund, C. L., & Pollak, K. I. (2023). Empathic communication between clinicians, patients, and care partners in palliative care encounters. *Patient Education and Counseling*, 114, 107811. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107811>
- Muñoz, M., Jimena, M., & Becerra, C. (2024). Cuidados paliativos: Una reflexión antropológica y bioética. *Medicina y Ética*, 35(1), 207–230. <https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.05>
- National Cancer Institute. (2025). *Risk factors: Age*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/age>
- Norouzadeh, R., Anoosheh, M., & Ahmadi, F. (2022). Nurses' communication with the families of patients at the end-of-life. *Omega*, 86(1), 119–134. <https://doi.org/10.1177/0030222820959933>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Cuidados paliativos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organización Mundial de la Salud. (2024, 1 de febrero). *Global cancer burden growing, amidst mounting need for services*. <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790–799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Peerboom, F. B. A. L., Friesen-Storms, J. H. H. M., van der Steen, J. T., Janssen, D. J. A., & Meijers, J. M. M. (2025). What matters in end-of-life communication with nursing staff: An interview study among older people and their family caregivers. *BMC Nursing*, 24, 1205. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03882-4>
- Podbury, B., Gurgenci, T., Huggett, G., Greer, R., Hardy, J., & Good, P. (2025). Psychological distress and physical symptoms in advanced cancer: Cross-sectional study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 15(6), 827–830. <https://doi.org/10.1136/spcare-2024-004940>
- PublicaTO UMH. (2023, 22 de mayo). *Lectura crítica a través de las Guías CASPe*. Universidad Miguel Hernández. <https://hacto.umh.es/2023/05/22/lectura-critica-a-traves-de-las-guias-caspe/>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., Gomez-Garcia, W., ... Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care: A new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Rodríguez-Castellanos, I., Ortega González-Gallego, M. I., Bermejo-Cantarero, A., Expósito-González, R., Rodríguez-Almagro, J., Martínez-Rodríguez, S., & Redondo-Tébar, A. (2025). Listening until the end: Best practices and guidelines for auditory care in palliative sedation in Europe. *Healthcare*, 13(14), 1664. <https://doi.org/10.3390/healthcare13141664>
- Ryan, R. E., Connolly, M., Bradford, N. K., Henderson, S., Herbert, A., Schonfeld, L., Young, J., Bothroyd, J. I., & Henderson, A. (2022). Interventions for interpersonal communication about end of life care between health practitioners and affected people. *Cochrane*

Database of Systematic Reviews, 2022(7), CD013116.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013116.pub2>

Salari, N., Najafi, H., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2025). The global prevalence and associated factors of loneliness in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Humanities and Social Sciences Communications*, 12, 985.
<https://doi.org/10.1057/s41599-025-05304-x>

Seiler, A., Amann, M., Hertler, C., Christ, S. M., Schettle, M., Meier Kaeppli, B., Jung-Amstutz, J., Nigg, C., Pestalozzi, B. C., Imesch, P., Dummer, R., Blum, D., & Jenewein, J. (2024). Effects of dignity therapy on psychological distress and wellbeing of palliative care patients and family caregivers: A randomized controlled study. *BMC Palliative Care*, 23, 73. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01408-4>

Seven, A., & Sert, H. (2023). Anxiety, dyspnea management, and quality of life in palliative care patients: A randomized controlled trial. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 31(Suppl. 1), S13–S21. <https://doi.org/10.5152/FNJJN.2023.23016>

Sociedad Española de Medicina Interna. (2023). *España tiene, de media, 0,6 unidades de cuidados paliativos por cada 100.000 habitantes, siendo la recomendación de 2, una hospitalaria y otra domiciliaria*.
<https://www.fesemi.org/informacion/prensa/semi/espana-tiene-de-media-06-unidades-de-cuidados-paliativos-por-cada-100000>

Sukhera, J. (2022). Narrative reviews: Flexible, rigorous, and practical. *Journal of Graduate Medical Education*, 14(4), 414–417. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00480.1>

Tan, L., Ee, L. S., & Jin, T. H. (2024). A qualitative study on burnout and coping in palliative nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 30(12), 654–662.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2024.30.12.654>

Torres-Vigil, I., Cohen, M. Z., Million, R. M., & Bruera, E. (2021). The role of empathic nursing telephone interventions with advanced cancer patients: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 50, 101863. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101863>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2022). *World Population Prospects 2022: Summary of results*. United Nations.

https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf

- Villegas, E., Arruñada, M., Casado, M. Á., González, S., Moreno-Martínez, M. E., Peñuelas, M. Á., Torres, A. M., Sierra, Y., & Seguí, M. A. (2024). National expert consensus on home-administered oncologic therapies in Spain. *Frontiers in Oncology*, 14, 1335344. <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1335344>
- von Blanckenburg, P., Riera Knorrenschild, J., Hofmann, M., Fries, H., Nestoriuc, Y., Seifart, U., Rief, W., & Seifart, C. (2022). Expectations, end-of-life fears and end-of-life communication among palliative patients with cancer and caregivers: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(5), e058531. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058531>
- Wahyuni, S., Gautama, M. S. N., & Simamora, T. Y. (2023). Nurses' challenges and barriers in assisting patients and families facing breaking bad news: A literature review. *Indian Journal of Palliative Care*, 29(3), 243–249. https://doi.org/10.25259/IJPC_128_2023
- Wittenberg, E., Goldsmith, J. V., Chen, C. K., & Prince-Paul, M. (2024). A conceptual model of the nurse's role as primary palliative care provider in goals of care communication. *PEC Innovation*, 4, 100254. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2024.100254>