

Comunicación Terapéutica:

Requisitos fundamentales para acompañar emocionalmente al paciente paliativo y su familia.

Alessandro Inio

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).



TRABAJO DE FIN DE GRADO

Comunicación Terapéutica : Requisitos fundamentales para acompañar emocionalmente al paciente paliativo y su familia.

Therapeutic communication: essential
requirements to emotionally join palliative
patients and their families.

Grado en Enfermería

Autor: Alessandro INIO

Tutor: Susana SANCHEZ

Fecha de presentación: 26/05/2014

“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat Internacional de Catalunya”

A mi mujer Montse y nuestra hija Valeria,
por el tiempo que les he robado
y por el apoyo incondicional
que siempre me han brindado.
Os quiero

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, que han hecho posible que estudiara esta carrera.

A mi tía abuela Norma Causín, por el ejemplo de toda una vida dedicada a la enfermería.

A mis compañeros Alexandra, Alex, Dimitry, Ester, Yolanda, Víctor y Sonia por estos años y por la ayuda que siempre me han dado.

A los profesores del Grado en Enfermería y en especial modo a mi tutora, Lda. Susana Sánchez, por sus consejos, comprensión y apoyo.

A todas las enfermeras y enfermeros que he conocido en las prácticas, por lo que me han enseñado y haberme facilitado modelos de profesionales a seguir.

...y sobretodo a todos los pacientes que he tenido el honor de atender durante los periodos de prácticas de estos años, gracias!

RESUMEN

La comunicación entre los enfermeros y los pacientes oncológicos es fundamental en la construcción de la relación profesional y terapéutica y esencial para administrar unos cuidados realmente enfocados en la persona como ser holístico y no como entidad patológica.

Diferentes estudios han demostrado la influencia positiva de la comunicación en la satisfacción del paciente e incluso se ha encontrado relación entre una comunicación efectiva y una mayor adherencia al tratamiento, mejor control del dolor y estado psicológico [1,2].

La comunicación, como herramienta para establecer una relación terapéutica eficaz, a su vez básica para el cuidado de cualquier paciente, es entonces “la herramienta” y *prerrequisito indispensable* [2] para cuidar estos pacientes desde una perspectiva holística.

Pese a la centralidad en el cuidado enfermero, la comunicación no se emplea en modo correcto en muchos casos.[1-3]

Objetivos: Este trabajo tiene como objetivo individualizar las principales habilidades (*skills*) para lograr una comunicación terapéutica eficaz y cómo emplearlas en la construcción y mantenimiento de la relación terapéutica con el paciente y su familia.

Método: búsqueda bibliográfica con las siguientes palabras clave: *comunicación, paliativos, enfermería*. Se han incluido en la revisión 27 artículos de 17 revistas distintas.

Resultados: Las habilidades y factores encontrados en la literatura han sido clasificados en:

- a. barreras a la comunicación terapéutica
- b. condiciones y habilidades facilitadoras de la comunicación

- c. habilidades de relación
- d. habilidades para solicitar información
- e. estrategias y modelos de comunicación

Conclusiones: La comunicación es la herramienta principal del cuidado enfermero en cuidados paliativos, difiere de la comunicación social y tiene como objetivo aumentar la calidad de vida del paciente. La habilidad en comunicación no es un don innato sino que es el resultado de un proceso de aprendizaje continuo. Entre las habilidades más citadas y efectivas hay que recordar la escucha activa (entendida como conjunto de técnicas), el tacto terapéutico, el contacto visual, la empatía y la importancia fundamental de la comunicación no verbal. El modelo de comunicación COMFORT es el único centrado en el paciente y a la vez en su familia.

PALABRAS CLAVE: *habilidades comunicación, paliativos, enfermería.*

ABSTRACT

Communication between nurses and oncologic patients is essential in building a professional and therapeutic relationship, which is pivotal to provide cares really focusing on the person as an holistic being rather than a pathological entity.

Several studies have shown the positive influence of communication on patients' satisfaction as well as finding a relationship between effective communication and better response to treatment, better pain control and psychological condition. [1,2]

Communication, as a tool to set an effective therapeutic relationship, that is basic for the care of any patient, is then "the tool" and essential prerequisite [2] to care for these patients from an holistic perspective.

Despite its centrality in nursing care, communication is not used in the right way in many cases. [1-3]

Objectives: This study aims to individuate the skills needed to create a therapeutic communication and how they can be used in the establishment and maintenance of the therapeutic relationship with the patient.

Method: literature review using the following keywords: communication, palliative, nursing. 27 articles from 17 different journals were included in the review.

Results: Skills and factors found in the literature have been classified in:

- a. Barriers to therapeutic communication
- b. Conditions and communication skills facilitators
- c. Relationship skills
- d. Abilities to request information
- e. Communication strategies and models

Conclusions: Communication is the main nursing care tool in palliative care, it differs from social communication and aims to increase patient's quality of life. Skills in communication are not an innate gift but result from a continuous learning process. Among the most cited and effective skills we must remind: active listening (meant as a set of techniques), therapeutic touch, eye contact, empathy, and the fundamental importance of nonverbal communication. The COMFORT theoretical model is the only one patient-centred that, simultaneously, considers patient's family.

KEYWORDS: *communication skills, palliative, nursing.*

ÍNDICE	Pág.
Resumen	v
Abstract	vii
Índice de Tablas	xii
Índice de Figuras	xii
Abreviaturas	xiii
1. Introducción y marco teórico	1
2. Justificación y objetivos	5
2.1. Preguntas de investigación	6
3. Metodología	7
4. Resultados: revisión de la literatura.	10
4.1. Barreras a la comunicación terapéutica	10
4.2. Condiciones y habilidades facilitadoras de la comunicación	12
4.3. Habilidades de relación	14
4.4. Habilidades para solicitar información	14
4.5. Estrategias de comunicación	15
4.6. Comunicación de malas noticias y en situaciones difíciles	15
4.6.1. Ten-step approach	16
4.6.2. Seven-step approach	17
4.6.3. SPIKES y ASK-TELL-ASK	17
4.6.4. SPIKES modificado	19

4.6.5.	Guía de Almanza Muñoz	19
4.6.6.	ABCDE	20
4.7.	Comunicación de las emociones	21
4.7.1.	NURSE	21
4.7.2.	EVE	21
4.8.	Comunicación no verbal	21
4.8.1.	SOLER	21
4.8.2	SURETY	22
4.9.	modelo holístico de comunicación en paliativos	22
4.9.1.	COMFORT	22
5.	Discusión y Conclusiones	25
6.	Limites de este trabajo	27
7.	Propuestas para trabajos futuros	29
8.	Bibliografía	30
9.	Reflexión personal	39
	Anexos	40
	Anexo 1: Algoritmos de búsqueda y resultados arrojados por Base de Datos	40
	Anexo 2: referencias incluidas en la revisión, tipo de artículo y país de publicación	41
	Anexo 3: Factor de impacto y cuartil de las revistas citadas	45
	Anexo 4: Scimago Journal Rank y cuartil de las revistas citadas	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Barreras y miedos que impiden una buena comunicación	12
Tabla 2: Facilitadores de la comunicación	13
Tabla 3: Habilidades de relación y de información	15
Tabla 4: Estrategias de comunicación específicas	24

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica	9
--	---

ABREVIATURAS

COMFORT	Communication, Orientation & Opportunity, Mindful presence, Family, Oversight, Relating, Teamwork
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud
ELNEC	Endo of Life Nursing Education Consortium
EMES	Escala Multidimensional de Expresión Social
EOL	End Of Life
EVE	Exploration, Validation, Empathy
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
JCR	Journal of Citations Reports
MeSH	Medical Subject Headings
NURSE	Name, Understand, Respect, Support, Explore
SCIRS	Simulated Client Interview Rating Scale
SJR	SCImago Journal Rank
SOLER	Straight position, Open position, Leaning towards the interviewee, Eye contact y Relaxed position
SPIKES	Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy
SURETY	Sit at an angle, Uncross legs and arms, Relax, Eye contact, Touch, Your intuition

1. Introducción y marco teórico

Interactuamos continuamente a nivel personal, interpersonal y social y como enfermeros debemos saber manejar las situaciones comunicativas que se generan en la relación con el paciente. El art. 10 del código deontológico de la enfermería española nos informa que *“es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando ésta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.”* [4]

Diferentes estudios sobre las necesidades de los pacientes y su percepción de la calidad asistencial matizan la importancia de la buena comunicación con el paciente, de la formación en comunicación del equipo asistencial y de una mejor calidad asistencial percibida cuando existe una buena comunicación. [5-11]

En la visión actual de enfermería, que ve el paciente no solamente bajo el prisma biomédico, sino como un ser holístico (bio, psico, social), el foco del cuidado es el paciente y la relación que se establece con él asume una relevancia fundamental para lograr los objetivos terapéuticos y de enfermería, tal como afirman autoras cuales Hildegard Peplau, Imogene King, Joyce Travelbee [12] y más recientemente y con puntos de vistas diferentes, Madeleine Leiniger [13,14] y Jane Watson [14] .

La relación terapéutica es una relación entre el *“profesional de enfermería y el paciente, basada en un proceso de interacción e influencia social cuyo objetivo es la curación del enfermo”* -Marín, 2004, citado por Vidal Blan [15] .

La comunicación, entendida también como escucha activa y dejar hablar [15] , es la herramienta fundamental con la cual construir la relación terapéutica que está a la base de la relación enfermero-paciente-familia. [2] Una comunicación eficaz con el paciente está relacionada con una mejora clínica más rápida, una reducción de costes y un menor número de reingresos. [2,16]

Existen numerosos matices de comunicación así que, al hablar de ella en referencia a la relación terapéutica, debemos especificar a que modelo teórico o marco conceptual hacemos referencia y, evidentemente, como enfermeros no haremos uso de las mismas herramientas de la comunicación social para instaurar una relación terapéutica efectiva. [17]

Los enfermeros necesitamos dominar muchos aspectos de la comunicación terapéutica, Clara Valverde [17] la define como la *“comunicación específica para una relación en la que una persona desempeña el papel de ayudar a otra; constituye un nuevo enfoque en los cuidados enfermeros en el cual el centro de trabajo es el paciente, su narrativa (lo que dice y cómo lo dice), su experiencia de la enfermedad, su experiencia del sufrimiento y lo que significa para él, cómo el profesional lo escucha, atiende y dialoga con él sobre esa experiencia. La relación terapéutica y eficaz que el profesional de enfermería establece con el paciente a través de la comunicación es la base para después poder llevar a cabo todos los otros cuidados de enfermería.”* (Valverde, 2007, p. 19)

En los cuidados paliativos la comunicación es el instrumento básico para establecer la relación terapéutica con el paciente y sus familiares e iniciar así su cuidado paliativo. [2] Además de las ventajas precedentemente indicadas [5-11] existen también consecuencias de una mala comunicación con el paciente oncológico: *“una deficiente comunicación entre profesionales y pacientes está asociada con una peor calidad de vida, una más alta insatisfacción de los pacientes, aumento de estrés personal y de desgaste profesional, discordancia entre expectativas de pacientes y profesionales, tendencias suicidas en los pacientes.”* [11]

Las principales teorías de comunicación que encontramos en artículos y textos de enfermería refieren principalmente a los modelos de Shannon y Weaver, Laswell y Braddock, Blumer y la escuela de Palo Alto (Watzlawick, Bateson, Beavin, Jackson y Satir).

Shannon y Weaver definen la comunicación como “transferencia de informaciones desde un emisor a un receptor a través de mensajes” codificados y transmitidos a través de un canal de comunicación. Este modelo fue concebido para ser aplicado a la ingeniería de telecomunicaciones así que su extrapolación hacia el campo de la comunicación humana no es del todo correcta.

El modelo de Laswell y Braddock examina el proceso de comunicación en sus diferentes fases y explicita las análisis subyacentes en cada una de ellas. El punto débil de este modelo, si aplicado a la comunicación humana, es la falta de la análisis de las capacidades cognitivas del receptor. Hay que considerar el *sentido* de cada mensaje respecto los destinatarios tanto en términos de contenido como de forma.

El modelo de interaccionismo simbólico de Blumer [18,19] difiere de los anteriores y marca una tentativa de describir una conducta distinta del estudio de la conducta humana.

El modelo se basa en tres principios:

1. el significado que los seres humanos dan a ciertos objetos influye en su relación con estos.
2. la significación de las cosas de la vida está influida por las interacciones sociales de los individuos.
3. la significación de las cosas y de los objetos es incorporada y modificada por el individuo a través de un proceso de interpretación con el fin de permitirle afrontar los diferentes acontecimientos de la vida.[18]

Este modelo puede aplicarse a las relaciones entre enfermería y pacientes ya que sitúa la comunicación humana a nivel de relaciones interpersonales y considera los individuos globalmente.

Entre todos, el modelo que mejor puede aplicarse a la relación terapéutica es el propuesto por la así llamada “*escuela de Palo Alto*” y formada por Watzlawick, Bateson, Beavin, Jackson y Satir.[20]

Estos autores entienden la comunicación como un proceso de interacción entre personas; la comunicación y el comportamiento son vistos como sinónimos ya que todo comportamiento es comunicación y toda comunicación afecta al comportamiento. También identifican diferentes y distintos niveles de comunicación, la metacomunicación.

Por primera vez esta teoría no solamente toma en cuenta el efecto del comportamiento del emisor sobre el receptor sino también el efecto en el emisor de la reacción del receptor. Esta teoría define unos axiomas que debemos tener en cuenta en la relación terapéutica:

- Primer axioma: No podemos no comunicar

En cualquier tipo de interacción todo tipo de comportamiento tiene valor de mensaje así que el mensaje es comunicación y, entonces no podemos no comunicar. Hay que tener en cuenta que todo tipo de acción entonces implica una comunicación que será interpretada por el interlocutor y afectará, a su vez, su respuesta y comunicación.

- Segundo axioma: Toda comunicación presenta dos aspectos: el contenido y la relación, de tal manera que el segundo engloba el primero y, por consiguiente, se convierte en una metacomunicación.

La comunicación no es solamente instrumental a transmitir un mensaje (tal como la definición de Shannon y Weaver) sino que es funcional a definir una relación entre personas.

- Tercer axioma: Todo intercambio de comunicación es simétrico o complementario, según que esté fundamentado en la igualdad o la diferencia.

Una interacción es simétrica si hay igualdad y minimización de las diferencias, mientras que es complementaria cuando las diferencias son maximizadas.

Las interacciones basadas en la simetría permiten mantener un equilibrio dando confirmación recíproca. También puede dar lugar a una escalada de rivalidad cuando *“ninguno de los interlocutores acepta ser sobrepasado por el contrario, cada uno intenta puntuar más alto que el otro, salirse con la suya, llevar la razón, lo cual lleva forzosamente a una rivalidad y estado de guerra”* (Cibanal, 2010, p.17) [18] .

- Cuarto axioma: La naturaleza de una relación depende de la puntuación de secuencias de comunicación entre los dos interlocutores.

Este axioma parte del principio que cada uno de los interlocutores cree que existe solamente una realidad, tal cual la percibe él. Los interlocutores establecen entre ellos modelos de relación e intercambio así que un individuo adopta un comportamiento en función del otro sin pensar que puede ser él la origen de ese mismo comportamiento.

- Quinto axioma: La comunicación humana implica dos modalidades: la digital y analógica.

La modalidad digital corresponde al contenido en si de la comunicación (oral o escrita), lo que se dice, mientras que la modalidad analógica corresponde a cómo se dice (Paralingüística)¹

Los axiomas propuestos por Watzlawick tienen implicaciones fundamentales en el planteamiento de la comunicación que como enfermeros tenemos que saber emplear con el paciente y matizan la importancia de los aspectos de comunicación no verbal frente a la comunicación oral.

¹ *Paralingüística*: estudio de los aspectos no semánticos del lenguaje (el tono de voz, el ritmo, volumen, los silencios, los timbres...).

2. Justificación y objetivos

Mi interés en los cuidados paliativos ha nacido durante el periodo de prácticas en la unidad de paliativos Llevant 4º del Hospital Socio sanitario Pere Virgili. Esa experiencia me ha hecho reflexionar muchísimo sobre las necesidades de los pacientes y sus familias y de mi falta de preparación en cómo comunicarme y tratar lo mejor posible estos pacientes no solamente desde el punto de vista puramente técnico sino humano. Por lo tanto creo necesario:

- revisar la bibliografía más actual en referencia a las *habilidades o skills* más destacadas en la literatura nacional e internacional.
- verificar cuales de ellas sean recomendables y aplicables con mayor éxito a los cuidados paliativos, en el marco de una concepción holística de la persona, brindados por enfermería.

2.1. Preguntas de investigación

Las preguntas de investigación formuladas y a las cuales se intenta dar respuesta con este trabajo son:

- a. ¿Cuales son las habilidades más indicadas para establecer una comunicación terapéutica efectiva con el paciente paliativo?
- b. ¿Cómo puede el profesional sanitario aplicar estas habilidades en el trato diario?

3. Metodología

Para este trabajo he realizado una extensiva búsqueda bibliográfica en todas las bases de datos accesibles desde la intranet de la Universitat Internacional de Catalunya además de otras de acceso público en la red:

- *Pubmed*
- *CINAHL Complete*
- *Cochrane Library*
- *EBSCO Host*
- *Cuiden*
- *Web of Science*
- *Lilacs*
- *ENFISPO*

He empleado dos algoritmos de búsqueda, el primero usando la búsqueda semántica y el segundo empleando los términos aceptados como Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) o Medical Subject Headings (MeSH), tanto en castellano e/o inglés y usando el operador booleano Y(AND).

Algoritmo Semántico:

- *Comunicación AND paliativos AND enfermería*
- *Communication AND palliative AND nursing*

Algoritmo DeCS /MeSH

- *Comunicación/Communication (DeCS/MeSH) AND nursing care (DeCS/MeSH).*

El primer algoritmo se ha empleado en todas las bases de datos, el segundo en Pubmed y Cochrane Library.

Los resultados han sido seleccionados cumpliendo los siguientes criterios de inclusión (uno cuantitativo, dos cualitativos)

- artículos publicados entre enero 2009 y abril 2014, redactados en Español y/o Inglés.

- título o abstract sugiere que el artículo/estudio centra la atención en la comunicación en cuidados paliativos (tanto de enfermería como de otras profesiones de la salud) de paciente adulto - exclusión de artículos centrados en pacientes en edad pediátrica.
- lectura crítica del artículo para confirmar que se describen diferentes habilidades de comunicación a emplear con el paciente bajo cuidados paliativos.

El método de búsqueda bibliográfica, las referencias encontradas, descartadas y finalmente las seleccionadas son ilustrados en la *figura 1* mientras las características detalladas de las búsquedas en las distintas bases de datos, los términos empleados en cada una y los resultados arrojados en la primera y siguientes etapas de búsqueda son ilustrados en el Anexo1, *estrategia de búsqueda*.

Además se ha realizado búsqueda manual de artículos en Google Académico y en revistas digitales identificadas como fuentes potenciales para encontrar artículos de igual relevancia al fin de esta revisión y no publicados por revistas indexadas en las bases anteriormente citadas; esta búsqueda ha permitido localizar cinco ulteriores artículos pertinentes, todos ellos españoles.

Después de aplicar los filtros a los artículos encontrados y excluir artículos duplicados, se ha buscado el texto completo y realizado la lectura crítica de los 96 artículos pre-seleccionados. Para la gestión bibliográfica se han empleado los programas bibliográficos *Refworks* y *Mendeley* (gestión duplicados, lectura y análisis del texto) y el programa *Microsoft Excel* para realizar una hoja de cálculo finalizada a la gestión de los datos de búsqueda bibliográfica y la comparación de los artículos y la creación del cronograma según el modelo de diagrama de Gantt (Anexo 5).

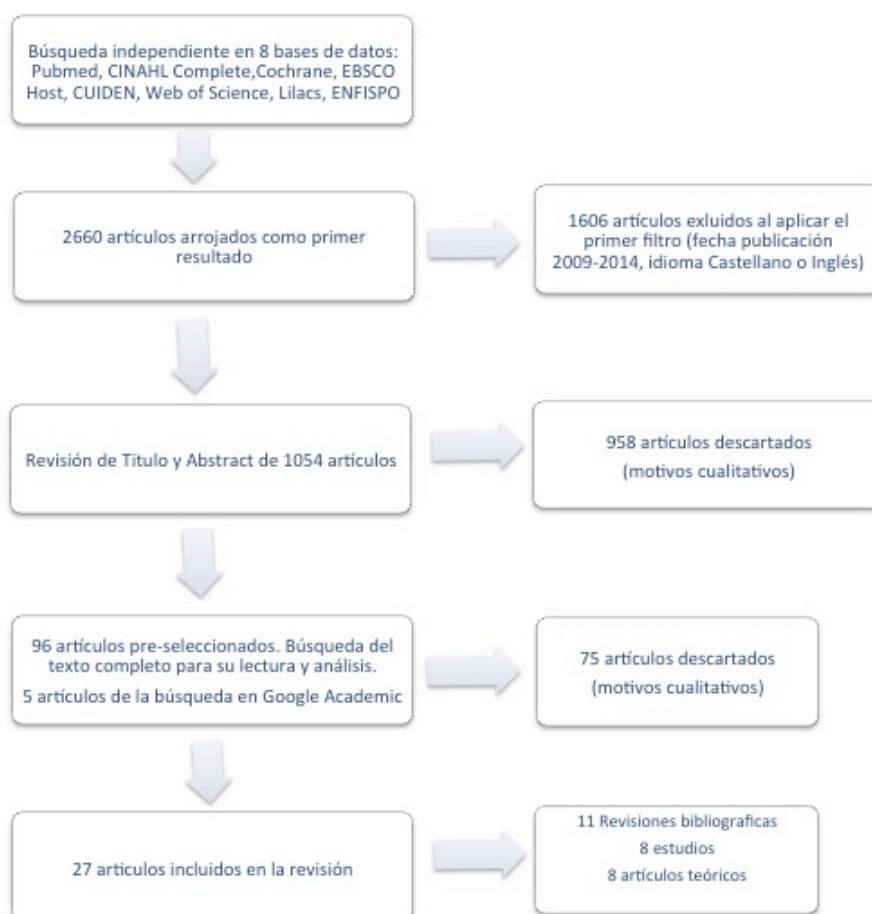
Los artículos incluidos en la revisión han sido clasificados según su tipología (originales, artículos teóricos, revisiones de literatura) y sus resultados clasificados en:

- f. barreras a la comunicación terapéutica
- g. condiciones y habilidades facilitadoras de la comunicación
- h. habilidades de relación
- i. habilidades para solicitar información
- j. estrategias y modelos de comunicación

Consideraciones éticas:

- El trabajo se ajusta a la normativa de investigación vigente de la Universidad Internacional de Catalunya
- Se evitaran plagios en la redacción

Figura 1 – diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica



4. Resultados: revisión de la literatura

Tras la lectura y análisis de los artículos pre seleccionados, han quedado incluidos 27 artículos (Anexo 2) publicados en 18 distintas revistas distribuidos de la siguiente manera:

- 11 revisiones bibliográficas
- 8 estudios (cualitativos y descriptivos)
- 8 artículos teóricos

La análisis de la literatura ha explicitado, además de *habilidades* que el profesional puede aprender y practicar en su actividad para establecer una comunicación terapéutica, la presencia de *barreras* conocidas, y por lo tanto evitables, a la comunicación. El hecho que haya barreras lleva implícita la existencia de su opuesto, es decir condiciones *facilitadoras* de la comunicación. También se han analizado diferentes *estrategias comunicativas* empleadas a nivel internacional para mejorar la comunicación y que hacen referencia a las habilidades descritas.

4.1. Barreras a la comunicación

Varios artículos analizados indican la presencia de barreras a la comunicación que el profesional, sea de enfermería o de medicina, puede encontrar a la hora de establecer una efectiva comunicación con el paciente. Algunas de estas barreras son condiciones ambientales (lugar ruidoso, llamadas telefónicas durante la conversación, etc.) otras son percepciones o miedos del propio profesional. Recordar estas condiciones y reconocer estas percepciones o miedos ayudará en poder eliminar las barreras y poder mejorar las condiciones previas a la instauración de una buena comunicación.

Las condiciones ambientales que más hacen difícil establecer una comunicación son el uso del *tiempo* entendido tanto como percepción del profesional de disponer de poco tiempo a dedicar a cada paciente, cuanto el

modo de emplear el mismo. La *gestión* y la *calidad* del tiempo dedicado al paciente entonces son fundamentales.

El *ambiente* (poco apropiado, ruidoso, incomodo) elegido para comunicar también es importante; no es lo mismo disponer de una habitación tranquila donde hablar con el paciente y sus familiares que un pasillo o un despacho donde entran continuamente otros profesionales.

El *idioma* también puede ser una barrera, en este sentido es recomendable el uso de traductores profesionales y no recurrir al mismo personal o a familiares del paciente para traducir la conversación. La *escucha superficial, facilitar únicamente información* impersonal en lugar de establecer una relación y *no tomar la iniciativa* en discutir de argumentos problemáticos son otras de las barreras evidenciadas en la literatura y cuya responsabilidad recae en el profesional.

La literatura disponible informa también que, a veces, los profesionales son incapaces de establecer una buena comunicación debido a sus propias creencias o miedos. Los factores principales son el miedo a *desencadenar emociones fuertes* en el paciente, *molestar, causar más daño que beneficio, no saber contestar* a preguntas difíciles o temer de *decir algo equivocado, evitar ciertos temas* a priori (espiritualidad, sedación...) o no saber *lidiar con el paciente y sus familiares* a la vez y la sensación de tener que *invertir demasiado tiempo* en la conversación. Causas pre-existentes en el propio profesional cuales *cansancio, nerviosismo o problemas emocionales previos* influyen negativamente en la comunicación. [21-23]

Tabla 1 – Barreras y miedos que impiden una buena comunicación

Barreras a la comunicación	Miedo del profesional a:
tiempo (falta de)	desencadenar emociones fuertes
ambiente ruidoso o no apropiado	molestar al pcte
interrupciones	causar más daño que beneficio
idioma/cultura	recibir preguntas sin respuesta (porqué a mí?)
dar información y no establecer relación	decir algo equivocado
escucha superficial	hablar demasiado tiempo
dejar que sea el paciente a sacar temas	enfrentarse a emociones del paciente
no querer hablar de espiritualidad	manejar relación problemática con el pcte
cansancio	lidiar con el pcte y familiares juntos
nerviosismo	no conocer deseos y expectativas del pcte
atracción física	incapacidad de controlar síntomas en modo
	no está familiarizado con los deseos y
	expectativas específicas de los pacientes
	inmigrantes
	hacer promesas e incumplirlas
	incapacidad de manejar la presión ejercitada por
	el paciente o familiares
	problemas emocionales pre-existentes
	opiniones "extremas"

4.2. Condiciones y habilidades facilitadoras de la comunicación

Conocer las barreras a una buena comunicación nos permite identificarlas y poderlas eliminar o suavizar su efecto. La literatura también indica distintas condiciones que facilitan la comunicación. Al igual que las barreras las condiciones pueden ser de tipo ambiental o prácticas, cuales el *espacio elegido* para la comunicación, la presencia de un *traductor profesional* en el caso de *barrera idiomática*.

Mantener una buena *apariencia*, *hablar en primera persona*, en *modo positivo* y *evitar emplear jerga médica* son indicados como factores predisponentes a una mejor comunicación. [22-30]

Otros factores predisponentes a una buena comunicación son el conjunto de habilidades de la *comunicación no verbal*: la paralingüística, la kinesia y la proxémica².

² *Paralingüística*: estudio de los aspectos no semánticos del lenguaje (el tono de voz, el ritmo, volumen, los silencios, los timbres...).

Kinesia: estudio del significado de los movimientos humanos (cruzar los brazos, las piernas).

Proxémica: la análisis del espacio personal.

Las habilidades paralingüísticas citadas son usar un *tono, ritmo, volumen y timbro de voz* adecuados además de gestionar los *silencios*. Las habilidades kinésicas encontradas son mantener la *mirada*, ponerse a la altura del paciente (*proximidad*), mantener una *postura* abierta, de *frente* y ligeramente *inclinada* hacia al paciente y cuidar los *gestos* empleados [21,28-33]. También es importante la gestión de la interacción con el *espacio personal* del paciente o de los familiares (proxémica).[21,31,33,34]

Otras condiciones que son consideradas como facilitadoras de la comunicación son referidas a aspectos de relación con el paciente o familiares (tomar en cuenta las *preferencias del paciente*, permitir que esté *acompañado* en las consultas, usar un *lenguaje sencillo, hablar con detalle*, adaptarse al *ritmo del paciente*) o del profesional consigo mismo (*introspección y conciencia plena de uno mismo o mindfulness*).[29,30,32]

Por ultimo está indicado *compartir la información* facilitada al paciente y sus familiares *con el resto del equipo* asistencial. De este modo se mantiene unidad y coherencia del mensaje que como equipo se transmite a través de las interacciones individuales y grupales con el paciente y sus familiares. [27,35]

Tabla 2 – Facilitadores de la comunicación

<p>Factores personales</p> <ul style="list-style-type: none"> uso del tiempo (gestión) aparición introspección conciencia de si mismo ser proactivo compartir información facilitada al pcte con el equipo explicar términos /procedimientos respetar autonomía pcte hablar en primera persona tomar en cuenta preferencias pcte en toma decisiones hablar abiertamente (con respeto) de temas embarazosos dejar espacio a preguntas / facilitar hablar de las cosas en detalle alcanzar acuerdo adaptarse al ritmo del paciente 	<p>Factores ambientales</p> <ul style="list-style-type: none"> ambiente apropiado no interrupciones (teléfono, otras personas..) pcte acompañado creencias del pcte (religiosidad / espiritualidad) traducción profesional <p>Factores lingüísticos y paralingüísticos</p> <ul style="list-style-type: none"> evitar uso jerga médica tono de voz apropiado lenguaje sencillo dirigirse en modo positivo estilo facilitativo <p>Habilidades kinesicas y proxémicas</p> <ul style="list-style-type: none"> postura abierta (kinesia) mirada espacio personal inclinación hacia pcte ponerse a la altura (posición física) gestos posicion de frente postura relajada
--	--

4.3. Habilidades de relación

Las habilidades para establecer una relación comunicativa más citadas por los autores son: mantener el *contacto visual* con el paciente, [21,24,26,29-33,35,36] , la *empatía* [27,33,36-41] , el *tacto terapéutico* [21,23,26,28,31,35,38] ,la *expresión facial*. [21,26,28-31,36,39-41] Diferentes autores citan la “*comunicación no verbal*” [24,29,30,33,41,42] cual herramienta para mantener una buena relación pero, como hemos visto, se trata más de un conjunto de habilidades kinésicas, proxémicas y paralingüísticas. El respeto hacia al paciente es imprescindible pero *comunicar respeto* al paciente es un esfuerzo comunicativo diferente que también hay que incluir en la comunicación. [26,33,36,39-41]

Otro grupo de *skills* recomendables son los referidos a la *gestión emocional* de la relación con el paciente: *reasegurar, sonreír, preguntar que emociones siente el paciente, nombrarlas (las emociones), reflejarlas* y establecer una *conexión emocional* con el paciente respetando los *silencios* cuales elemento de comunicación y no tratarlos como una ausencia de la misma [24,26,31-33,35,42] .

4.4. Habilidades para solicitar información

Casi la mitad de los artículos indican la escucha activa cual habilidad más importante para recabar información durante la comunicación con el paciente y sus familiares [21-23,27,28,31,33,35,36,40-42] . En realidad la escucha activa es, nuevamente, un conjunto de habilidades que permiten estar focalizados en escuchar el paciente y entender los diferentes contenidos comunicativos que nos está ofreciendo a través de los diferentes canales (su comunicación verbal, no verbal, el aspecto relacional y de contenido de su comunicación). Formular *preguntas abiertas, reformular* los conceptos comunicados por el paciente, *resumir* los que nos acaba de decir y asentir con un ligero *cabeceo* durante la conversación para demostrar interés en ella, son todos elementos que conforman la *escucha activa* [27,32,33,36,37,40,43] .

Tabla 3 – Habilidades de relación y de información

Habilidades de relación	Habilidades para recabar información
contacto visual	escucha activa
empatía	preguntas abiertas
tacto/contacto	resumir
comunicación no verbal	reformular
expresión facial	cabeceo
comunicar respeto	no forzar toma decisiones
reflejar los sentimientos	dosificar / pedir necesidad de información
sonrisa	verbalizar
respetar o mantener el silencio	tomar en cuenta preferencias pcte en recibir información
preguntar que emociones prueba el paciente	primero info positiva y luego negativa
conexión emocional	parafrasar
reasegurar	dar consejos solamente después de pedir permiso para hacerlo
nombrar la emoción	avisar que llega mensaje difícil
comunicar apoyo	
cordialidad	

4.5. Estrategias y modelos de comunicación

En la literatura consultada para la revisión encontramos también distintas estrategias o modelos de comunicación que pueden ser aplicadas por parte del profesional de enfermería. Todas hacen referencia a un conjunto de determinadas habilidades para comunicar y comunicarse mejor en ciertas situaciones.

La gestión de “comunicaciones difíciles” con el paciente (dar malas noticias, contestar a preguntas que no tienen respuesta: ¿porqué me ha tocado a mi?) es el objetivo de las estrategias *Ten-step approach*, *Seven-step approach*, *SPIKES* (traducido al castellano y adaptado por Javier Júdez con el acrónimo *EPICEE*) [30,33,43-45] , *SPIKES modificado* [44] , *ASK-TELL-ASK* [21,33,43,45] , *ABCDE* y la *Guía de Almanza-Muñoz* [44] . Las estrategias *NURSE* y *EVE* [21,33,45] son específicas para gestionar la comunicación de las emociones, mientras que *SOLER* [21,33] y *SURETY* hacen referencia a la comunicación no verbal. Por último el modelo de comunicación holística en cuidados paliativos *COMFORT*, propuesto por Wittenberg-Lyles, Goldsmith, Ferrel y Ragan [29,30,42] .

4.6. Comunicación de malas noticias y en situaciones difíciles

La comunicación en situaciones difíciles puede ser ejemplificada con el “dar una mala noticia”. Una definición de *mala noticia* comúnmente aceptada es la

de Buckman: “la que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro”. Muy a menudo en cuidados paliativos el personal sanitario debe enfrentarse a la comunicación de malas noticias. Si por un lado es cierto que comunicar una noticia (positiva o negativa) en relación al estado de salud de un paciente es responsabilidad médica, por otro los enfermeros estamos al lado del paciente en cada momento y es nuestra función ayudar al paciente a desarrollar una respuesta de afrontamiento eficaz (*coping*).

Los enfermeros entonces debemos ser formados en técnicas que nos permitan también gestionar la comunicación de malas noticias. El Dr. Almanza Muñoz, quien publicó una amplia revisión sobre el tema en 1998, comentaba que se estaba creando: *un campo de conocimiento propio que va ganando terreno tanto a nivel del currículo médico como en la práctica clínica cotidiana a nivel del grupo médico y de enfermería y con la participación creciente de todo el equipo de cuidados psicosocial*.

4.6.1. Ten-step approach (Kaye, 1995)

Es un modelo de diez pasos a seguir para gestionar conversaciones difíciles:

1. *preparación de la conversación*
2. *verifica que conoce el paciente/cuidadores/familiares*
3. *¿es necesaria más información?*
4. *Permitir la negación*
5. *Dar aviso*
6. *Explicación (si solicitada)*
7. *Recabar / Explorar preocupaciones*
8. *Exponer emociones*
9. *Resumen y plan*
10. *Ofrecer disponibilidad*

Como se puede ver estos pasos reflejan muchas técnicas o condiciones favorables a la buena comunicación; preparar la comunicación cuidando el *lugar*, el *momento*, la *proxémica*, *kinesia* y *paralingüística*. Verificar el conocimiento previo para calibrar la comunicación a las necesidades del paciente y *personalizar el mensaje* permitiendo siempre tanto la negativa a

recibir más información como avisar que puede llegar una información “difícil” preparando emocionalmente al paciente a su asimilación.

En todo momento el profesional observará las reacciones del paciente (*escucha activa, reformular, dar nombre a las emociones*) y ofrecerá un resumen y un plan para así centrar al paciente en el momento y dar esperanzas centradas en el cumplimiento de objetivos a corto plazo y ajustados a su realidad. No hay que confundir este aspecto con generar ilusiones o falsas expectativas; la esperanza es también lograr pequeños objetivos en el contexto paliativo. Al finalizar siempre se ofrecerá disponibilidad para atender, cuidar y seguir hablando de ese aspecto u otros en un segundo momento (aplicando nuevamente estos pasos).

4.6.2. Seven-step approach (Von Gunten et al, 2000)

Similar al modelo ten-step approach pero más sintético.

1. Preparar la discusión
2. Establecer lo que ya conoce el paciente
3. Entender como hay que gestionar la información
4. Facilitar la información
5. Responder a las emociones
6. Establecer objetivos de cuidados
7. Establecer un plan

Este segundo esquema de comunicación en situaciones difíciles no recuerda la gestión emocional que el ten-step approach menciona (permitir negación, avisar, explorar preocupaciones y exponer las emociones) así que, en mi opinión, habría que completar la comunicación con técnicas de gestión emocional para reforzar la relación con el paciente y cuidarlo en ese momento.

4.6.3. SPIKES (Baile, Buckman, Lenzi, Glober, Beale y Kudelka, 2000) y **ASK-TELL-ASK** (Gaster, Edwards, Brown, Gallagher y Braddock, 2010)

SPIKES (acrónimo de *Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy*), es un modelo de comunicación empleado en Estados Unidos para la

formación en comunicación al final de vida (EOL, End of Life) impartida por el consorcio ELNEC (End of Life Nursing Education Consortium) e ideado por Baile en el 2000. Este programa, el único de Estados Unidos estructurado en modo específico para la formación en cuidados paliativos, incluye un módulo de comunicación basado en el modelo SPIKES.

SPIKES y la estrategia ASK-TELL-ASK son muy similares por cuanto hay una diferencia importante en la preparación de la conversación y la metacomunicación que la estrategia SPIKES emplea y que el ASK-TELL-ASK obvia. Javier Júdez ha recientemente traducido y adaptado este modelo al español dándolo a conocer con las siglas EPICEE (*Entorno, Percepción del paciente, Invitación, Conocimiento y Empatía*)

1. Preparar la entrevista / conversación
Lugar tranquilo, preparación del profesional, proximidad con el paciente, evitar interrupciones.
2. Evaluar la percepción del paciente (**ASK #1**)
Verificar que sabe el paciente a través de preguntas abiertas (ASK).
3. Obtener su invitación (a seguir)
Para que el paciente pregunte realmente lo que quiere saber. En función de la reacción del paciente se dará una respuesta adaptada pero siempre verídica. Dar la opción a ser informado más tarde o en otro momento.
4. Facilitar la información o conocimientos al paciente (**TELL**)
Momento en que se comunica, sin eufemismos y preparando el impacto anunciando que se va a dar una mala noticia. Después de unos pocos segundos se inicia a explicar intentando replicar el vocabulario usado por el mismo paciente en la fase anterior. De esta manera se pretende que el paciente comprenda la situación.
5. Responder a las emociones del paciente con respuestas empáticas (**ASK#2**)
Al conocer la información (mala noticia) el paciente reaccionará con una respuesta conductual. A través de escucha activa y empatía se debe

entender como se siente y cómo poder ayudar hacer frente a la nueva situación.

6. Estrategia y resumen

Se comunica el plan terapéutico (estrategia) y se hace un resumen de la conversación para aclarar eventuales dudas.

4.6.4. SPIKES modificado (Villa López)

Beatriz Villa López, una enfermera española, publicó en 2007 un artículo con la sugerencia de una modificación al protocolo SPIKES. Respecto al protocolo original, esta versión modifica el sexto paso, que es definido como “Plan de Cuidados”. En esta etapa el profesional de enfermería actualizaría el plan de cuidados del paciente. También añade un séptimo punto de “Auto chequeo” para identificar los sentimientos y actitudes que haya experimentado y mejorar en el desarrollo de la profesión. Además este paso permite evitar el síndrome del burnout.

4.6.5. Guía de Almanza Muñoz (2003)

El Dr. Almanza Muñoz propuso en el 2003 una guía de diez puntos obtenida de un trabajo de revisión sistemática de la evidencia. Aunque su enfoque es principalmente la comunicación de malas noticias de parte del médico al paciente, es interesante por la inclusión de enfermería en el momento de comunicar al paciente las noticias y de la importancia de la perspectiva enfermera en el manejo de la comunicación con el paciente y su familia. También destaca la inclusión de la evaluación del riesgo de suicidio en la guía y el trabajar en los sentimientos propios del profesional para evitar la aparición del burnout.

1. Establecer una adecuada relación médico-paciente.
2. Conocer cuidadosamente la historia médica.
3. Conocer al paciente como persona.
4. Preparación del sitio de la entrevista.

5. Organización del tiempo.
6. Aspectos específicos de comunicación.
7. Atención y cuidado de la familia.
8. Detección de riesgo suicida u otras emergencias médicas.
9. Abordar la dimensión humanística del paciente.
10. Trabajar en los propios sentimientos.

4.6.6. ABCDE (Rabow y McPhec, 1999)

ABCDE son las iniciales de las diferentes etapas que conforman este protocolo.

A. Preparación del ambiente (Advance preparation)

Preparar el espacio físico y preparación mental y emocional del profesional.

B. Construir un ambiente terapéutico (build a therapeutic environment)

Saber que conoce el paciente mediante preguntas abiertas, corresponde también a la fase ASK

C. Comunicar correctamente (Communicate well)

Referirse a las cosas con su nombre, evitar eufemismos, ser sinceros. Hacer un resumen al final

D. Comprender con la reacción del paciente y familia (Deal with patient & family reactions)

Estar pendiente de las reacciones emocionales y non del paciente y familiares y dar soporte emocional.

E. Estimular y validar las emociones (Encourage and validate emotions)

Dar esperanzas realistas, verificar el plan conjuntamente, verificar cómo y qué siente el paciente.

4.7. Comunicación de las emociones

4.7.1. NURSE (Tulsky y Arnold, 2007)

Nurse es el acrónimo de *Name, Understand, Respect, Support, Explore* y representa un método para responder a las emociones del paciente con empatía. Emplear aunque una sola de estas habilidades nos permite responder en modo efectivo a las emociones del paciente.

1. Nombrar la emoción
2. Comprender la emoción
3. Respetar, apoyar o alabar el paciente
4. Apoyar el paciente
5. Explorar que subyace a la emoción

4.7.2. EVE (Buckman, 2009)

El modelo EVE también sugiere, tal como el anterior modelo NURSE, explorar la emoción como primer paso para iniciar una conversación con el paciente sobre aspectos emocionales. El modelo también sugiere evitar etiquetar la emoción percibida por el profesional sino usar preguntas indirectas, p.ej.: *“Muchas personas en una situación similar se sentirían tristes; es así que se siente usted hoy?”*

Después de obtener la “validación” de la emoción por parte del paciente, el modelo indica usar técnicas y habilidades de “*empatía*” para seguir la conversación y reforzar la relación terapéutica.

1. Exploración
2. Validación
3. Empatía

4.8. Comunicación no verbal

4.8.1. SOLER (Egan, 1975)

El modelo SOLER (*Straight position, Open position, Leaning towards the interviewee, Eye contact y Relaxed position*) se refiere a un conjunto de habilidades de comunicación no verbal y es frecuentemente usado como ayuda a la enseñanza de éstas. Su aplicación es indicada y facilita demostrar al

interlocutor (el paciente o sus familiares) interés y plena atención a la conversación en curso. Este conjunto de habilidades se puede integrar con las demás estrategias o modelos para mejorar nuestra capacidad de relación y de comunicación terapéutica.

1. Postura recta
2. Postura abierta
3. Posición inclinada hacia el entrevistado
4. Contacto visual
5. Posición relajada

4.8.2. SURETY (Stickley, 2011)

Stickley propone un modelo actualizado del SOLER de Egan, basado en seis técnicas de comunicación no verbal en parte ya analizadas anteriormente.

1. Sentarse en ángulo respecto el paciente (Sit at an angle)
2. Descruzar piernas y brazos (Uncross legs and arms)
3. Relajarse (Relax)
4. Contacto visual (Eye contact)
5. Toque (Touch)
6. Intuición (Your Intuition)

Las diferencias respecto el modelo de partida son:

- la posición sentada formando un ángulo con el paciente en modo de crear un espacio de non-confrontación directa con el paciente.
- Relajarse en lugar de estar pensando en técnicas de comunicación no verbal a aplicar a la entrevista con el paciente.
- Uso del toque terapéutico y la intuición personal tomando en cuenta la diversidad cultural.

4.9. Modelo holístico de comunicación en paliativos

4.9.1. COMFORT (Wittenberg-Lyles, Goldsmith, Ferrel y Ragan, 2010)

Los modelos y estrategias de comunicación examinados hasta ahora están pensados para facilitar la comunicación entre el personal sanitario

(principalmente médicos) y el paciente.. El modelo COMFORT se basa en siete principios:

- Comunicación (Communication)

Enfermería está siempre al lado del paciente, asistiéndolo en todos los momentos y procesos de salud y enfermedad; herramienta clave en este sentido es la comunicación instrumental y relacional que el profesional de enfermería debe saber emplear adecuadamente.

- Orientación y Oportunidad (Orientation & Opportunity)

Reconociendo las necesidades únicas de cada paciente y familiares también a nivel cultural y dando respuestas comunicativas apropiadas y personalizadas.

- Conciencia plena (Mindful presence)

Es la presencia plena y totalmente centrada en el momento (46) tanto en la auto percepción cómo en la capacidad vivir y percibir la realidad sin prejuicios, sin evaluarla sino contemplarla. Las autoras incluyen en esta fase también el respetar y usar el silencio como herramienta más y recordando el valor de la comunicación no verbal.

- Familia (Family)

Es la mejor herramienta y a la vez barrera en el cuidado del paciente; entender el sistema paciente-familia cómo un único sistema de valores y necesidades compuesto por miembros con roles diferentes es clave para cuidar ambos (paciente y familia).

- Aberturas (Openings)

Identificar momentos para llevar a cabo una comunicación íntima y centrada a las necesidades del paciente y familia.

- Mensajes redundantes (Reiterative messages)

Dar siempre el mismo mensaje en los diferentes momentos de contacto con el paciente.

- Trabajo en equipo (Teamwork)

Ir más allá de la separación de roles y profesiones y trabajar juntos, reconociendo el valor del trabajo en equipo, sus posibilidades de mejora y cuidando las relaciones interpersonales entre profesionales.

Tabla 4 – estrategias de comunicación específicas

Estrategia/modelo	Autor, año	Indicación
Ten-step approach	Kaye, 1995	situaciones difíciles / dar malas noticias
Seven-step approach	Von Gunten et al, 2000	
SPIKES / EPICEE (Júdez)	Baile, Buckman, Lenzi, Guber, Beale y Kudelka, 2000	
SPIKES modificado	Villa López, 2007	
Modelo Almanza	Almanza, 2003	
ASK-TELL-ASK	Gaster, Edwards, Brown, Gallagher y Braddock, 2010	
ABCDE	Rabow y McPhec, 1999	
NURSE	Tulsky y Arnold, 2007	emociones
EVE	Buckam, 2009	
SOLER	Egan, 1975	no verbal
SURETY	Stickley, 2011	
COMFORT	Wittenberg-Lyles, Goldsmith, Ferrel y Ragan, 2010	Modelo holístico de comunicación.

5. Discusión y conclusiones

Como hemos visto en la introducción y en el marco teórico, la comunicación terapéutica difiere de la social y hace referencia a otro modelo de comunicación, la comunicación humana.[20] No obstante la importante literatura disponible acerca la comunicación en enfermería y, más específicamente, en cuidados paliativos; la mayoría de estudios o modelos hacen referencia a las necesidades de comunicación del profesional hacia el paciente y no de este último como centro del cuidado enfermero y atención médica.

Todos los artículos coinciden en indicar la comunicación cual herramienta indispensable en la relación terapéutica con el paciente y los efectos beneficiosos de una buena comunicación entre los profesionales sanitarios, el paciente y su familiares. Únicamente el estudio de Rufino, Blasco y Gúell [47] llega a la conclusión que la comunicación entre el paciente y su cuidador principal no facilita un mayor bienestar ni en el paciente ni en el cuidador.

Después de su lectura crítica se puede llegar a la conclusión que este estudio pueda ser sesgado por el tipo de herramienta de evaluación de la depresión y ansiedad (HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale, pensado para población normal) administrado en realidad a pacientes paliativos. La evaluación de la comunicación se realiza a través de ítems establecidos por los investigadores y no a través de una escala validada a nivel internacional como la escala SCIRS (Simulated Client Interview Rating Scale, Arthur, 1999) [34,48] , la escala CARE (Consultation And Relational Empathy)[49] o escalas nacionales como la EMES (Escala Multidimensional de Expresión Social, Caballo, 1989) que ha sido validada y empleada también en un estudio sobre habilidades sociales y comunicativas en estudiantes de enfermería.[50,51]

La evaluación del paciente, además, se realiza en el momento del ingreso. Momento en que ni el paciente ni sus familiares han iniciado todavía el recorrido terapéutico acompañados por el personal de cuidados paliativos, invalidando así sus conclusiones.

Aunque la comunicación sea la herramienta principal de los cuidados paliativos, los enfermeros y enfermeras no aplicamos correctamente en el día a día de nuestro trabajo debido a diferentes factores entre cuales destaca la escasa presencia de la formación en comunicación en las facultades de enfermería. [31,52-60]

Los artículos incluidos en la revisión aportan numerosas habilidades útiles a mejorar la comunicación con el paciente y, sobretodo, para establecer una relación terapéutica eficaz.

Entre las habilidades más citadas y efectivas hay que recordar la escucha activa (entendida como conjunto de técnicas), el tacto terapéutico, el contacto visual, y la importancia fundamental de la comunicación no verbal. Formular preguntas abiertas, resumir y reformular son habilidades que nos permitirán mejorar la comunicación con el paciente.

Estas habilidades en sí pueden ayudar al profesional; pero su mejor aplicación es en el marco de un modelo teórico de referencia que de consistencia y sentido a las habilidades y técnicas, facilitando al profesional una capacidad de comunicación terapéutica coherente con la concepción holística del paciente y su familia.

No obstante el modelo holístico sea presente en todos los niveles de formación enfermera, hay todavía cierta tendencia a centrarse en los aspectos más técnicos y tecnológicos del cuidado (como herencia del modelo bio-medico) obviando que la comunicación es la herramienta fundamental del cuidado.

La literatura confirma que la formación es necesaria no solamente en la universidad sino a lo largo de toda la vida profesional ya que estas habilidades no mejoran con la experiencia ni son innatas, hay que aprenderlas y practicarlas.

De los diferentes modelos y estrategias analizadas el modelo de comunicación COMFORT es el único centrado en el paciente y su familia y basado en la

teoría de comunicación de Watzlawick a la vez que considera elementos de atención a la diversidad cultural propios del modelo de cuidados transculturales de Madeleine Leininger.

Entre los aspectos más interesantes de COMFORT hay que destacar la *conciencia plena* (mindfull presence) y la familia. Los trabajos de Moore y Cloyes [61,62] matizan la importancia de la conciencia plena por parte del profesional de enfermería no solamente en el sentido de “estar centrado” en el momento de la interacción con el paciente sino también por el valor de la autoconocimiento que este concepto implica y de su relación con la inteligencia espiritual, otro aspecto relevante de los cuidados paliativos de calidad. [63]

6. Límites de la revisión

Aunque la búsqueda se haya realizado en ocho diferentes bases de datos incluyendo específicas de enfermería (CINAHL, ENFISPO y CUIDEN) y una específica para literatura en Castellano (LILACS), casi no aparecen artículos de autores españoles. La búsqueda en Google Scholar ha sido un tentativo de resolución a esta limitación sin llegar a encontrar resultados satisfactorios (7 referencias). Posiblemente la origen de esta limitación sea la escasa indexación de las revistas de enfermería españolas en las bases de datos internacionales.

7. Propuestas para trabajos futuros

Después de realizar este trabajo creo haber individuado algunos aspectos interesantes para futuras revisiones o trabajos de investigación en comunicación terapéutica y en cuidados paliativos:

- Estado de la formación en comunicación cual herramienta básica para enfermería en la universidad española, europea y mundial.
- El desarrollo de nuevos modelos de comunicación en paliativos que amplíen el modelo COMFORT adaptándolo a diferentes realidades culturales.
- La validación de escala SCIRS al contexto español.
- La validación de la escala CARE al contexto español.
- Verificar si la performance comunicativa evaluada con la escala SCIRS, en la simulación clínica durante el grado en enfermería, puede ser predictiva de la habilidad comunicativa en contexto clínico real medible con la escala CARE.

8. Bibliografía

[1] Duke S, Bailey C. Communication - Patient and family. In: Payne S, Seymour J, Ingleton C, editors. Palliative Care Nursing, principles and evidence for practice. 2nd ed.: McGraw Hill; 2008. p. 121-144.

[2] Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. 2012 p. 32. Disponible en: http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=b4QLW_88jvs=&tabid=736

[3] Astudillo W, Mendinueta C, Orbeago A. Presente y futuro de los Cuidados Paliativos. In: Astudillo W, Morales A, Clavé EA, Cabarcos A, Urdaneta E, editors. Avances recientes en Cuidados Paliativos. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2002. [Consultado 6 may,2014] p. 15-46. Disponible en: http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/cuidados_paliativos/documentos/PRESENTE_Y_FUTURO_CUIDADOS_PALIATIVOS.pdf

[4] Consejo General de Enfermería de España. Código Deontológico de Enfermería Española. [Internet] 2013. Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/>

[5] Astudillo WA, Mendinueta C. Importancia de la comunicación en la terminalidad. En Cuidados del Enfermo en Fase Terminal y Atención a su Familia. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. Pamplona 2002.

[6] II Plan Integral de Oncología de Andalucía. Código de buenas prácticas en comunicación: para la mejora de la comunicación entre servicios asistenciales y pacientes con cáncer y sus familias. 1997. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/mama/codigo_comunicacion.pdf

[7] Alférez Maldonado AD. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. Rev Esp Com Salud [Internet] 2012;3(2):147-157. Disponible en: http://www.aecs.es/3_2_6.pdf

[8] Arboniés Ortiz JC. La comunicación en medicina paliativa: Hablar con el paciente terminal, descubrir sus necesidades y las de su familia. In: Astudillo WA, Casado Da Rocha A, Mendinueta C, editors. Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad. 1ª ed. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2005. p. 13. Disponible en: <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/libroAlivio.pdf>

[9] Leonor Herráiz Bermejo. Calidad de la percepción recibida por los pacientes hospitalizados a través de la comunicación terapéutica sensorial. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2011. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/848/867>

[10] Aldasoro Unamuno E, Mahtani Chugani V, Sáenz de Ormijana Hernández, A., Fernandez Vega E, González Castro I, Martín Fernández R, et al. Necesidades en cuidados paliativos de las enfermedades no oncológicas. Un estudio cualitativo desde la perspectiva de profesionales, pacientes y personas cuidadoras. 2012. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/publicaciones_informacion_es_estudio/es_pub/adjuntos/Cuidados_paliativos.pdf

[11] Artells JJ, Jovell AJ, Navarro MD, Cirera M. Necesidad y demanda del paciente oncológico. [Internet] 2004. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/070517121920.pdf>

[12] Salazar Maya ÁM, Martínez de Acosta C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. Av Enferm [Internet] 2008;xxvi(2):107-115. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi2_12.pdf

[13] Leno González D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. Gazeta de Antropología [Internet] 2006(22). Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html

[14] Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.

[15] Vidal Blan R, Adamuz TJ, Feliu Baute P. Relación Terapéutica: El pilar de la profesión enfermera. Enerm Global [Internet] 2009;8(3). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75311/73051>

[16] Peitchinis JA. La Comunicación entre el personal sanitario y los pacientes en los servicios asistenciales. VII ed. Madrid: Alhambra; 1982.

[17] Valverde C. Comunicación terapéutica en enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2007.

[18] Cibanal Juan L. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010.

[19] Rizo M. El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto . Hacia un nuevo concepto de comunicación. [Internet] 2011; Disponible en: http://portalcomunicacion.com/uploads/pdf/17_esp.pdf

[20] Watzlawick P, Villanueva M. El lenguaje del cambio: nueva técnica de la comunicación terapéutica. ; 1980.

[21] Lewis D, Kitchen C. The role of communication skills in end-of-life care. Journal of Renal Nursing [Internet] 2010;2(2):69-74. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2010771317&site=ehost-live>

[22] Slort W, Schweitzer BPM, Blankenstein AH, Abarshi EA, Riphagen II, Echteld MA, et al. Perceived barriers and facilitators for general practitioner-patient communication in palliative care: a systematic review. Palliat Med [Internet] 2011 09;25(6):613-29. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21273221>

[23] Slort W, Blankenstein AH, Deliens L, van der Horst H,E. Facilitators and barriers for GP-patient communication in palliative care: a qualitative study among GPs, patients, and end-of-life consultants. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners 2011 04;61(585):167-72. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21439174>

[24] Calero Romero MR. La comunicación enfermera con el paciente oncológico terminal. Ética de los cuidados [Internet] 2012;5(10):7-7. Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n10/et7885r.php>

[25] Cloyes KG, Berry PH, Reblin M, Clayton M, Ellington L. Exploring Communication Patterns Among Hospice Nurses and Family Caregivers. Journal of Hospice & Palliative Nursing 2012 08;14(6):426-437.

[26] Kozłowska L, Doboszynska A. Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase. Int J Palliat Nurs 2012;18(1):40-46. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22306719>

[27] Rodin G, Zimmermann C, Mayer C, Howell D, Katz M, Sussman J, et al. Clinician-patient communication: evidence-based recommendations to guide practice in cancer. Current oncology (Toronto, Ont.) [Internet] 2009 12;16(6):42-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20016745>

[28] Teston EF, Mantelo Cecilio HP, Cavalini Marques CD, Foresti Monteschio LS, Sales CA, Marcon SS. Communication towards the terminality process: integrative review. Revista De Enfermagem UFPE [Internet] 2013;7(3):803-12. Disponible en:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3280/pdf_2192

- [29] Wittenberg-Lyles E, Goldsmith J, Ferrell B. Oncology nurse communication barriers to patient-centered care. Clin J Oncol Nurs [Internet] 2013 04;17(2):152-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23538250>
- [30] Wittenberg-Lyles E, Goldsmith J, Ragan SL. The COMFORT Initiative. Journal of Hospice & Palliative Nursing 2010 09;12(5):282-292.
- [31] Martins Trovo de Araújo, Monica, Paes da Silva, Maria Júlia. Estrategias de Comunicación utilizadas por profesionales de salud en la atención a pacientes bajo cuidados paliativos. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet] 2012 06;46(3):626-632. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300014&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
- [32] Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. The Cochrane database of systematic reviews [Internet] 2013 01;3(3). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23543521>
- [33] Peereboom K, Coyle N. Facilitating Goals-of-Care Discussions for Patients With Life-Limiting Disease - Communication Strategies for Nurses. Journal of Hospice & Palliative Nursing 2012 06;14(4):251-258.
- [34] Stickley T. From SOLER to SURETY for effective non-verbal communication. Nurse education in practice [Internet] 2011 11;11(6):395-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21489877>
- [35] Stajduhar KI, Thorne SE, McGuinness L, Kim-Sing C. Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. J Clin Nurs [Internet] 2010 07;19(13-14):2039-47. Diponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20920030>
- [36] Ramón García R, Segura Sánchez MP, Palanca Cruz MM, Román López P. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en

el familiar. Revista Española de Comunicación en Salud [Internet] 2012;3(1):49-61. Disponible en: http://www.aecs.es/3_1_6.pdf

[37] Moore CD, Reynolds AM. Clinical update: communication issues and advance care planning. Semin Oncol Nurs [Internet] 2013 11;29(4):e1-e12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24183162>

[38] Tay LH, Ang E, Hegney D. Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. J Clin Nurs [Internet] 2012 09;21(17-18):2647-58. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22332954>

[39] Alférez Maldonado AD. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería : saber qué decir y qué hacer. Revista Española de Comunicación en Salud [Internet] 2012;3(2):147-157. Disponible en: http://www.aecs.es/3_2_6.pdf

[40] Campos Palomo ÑD, Campos Palomo L,D. Introducción a las técnicas de comunicación terapéuticas y no terapéuticas en enfermería. Revista Española de Comunicación en Salud [Internet] 2012;3(2):133-146. Disponible en: http://www.aecs.es/3_2_5.pdf

[41] Maqueda Martínez MÁ, Ibañez LM. La habilidad de comunicar : caminando hacia el paciente. Revista Española de Comunicación en Salud [Internet] 2012;3(2):158-166. Disponible en: http://www.aecs.es/3_2_7.pdf

[42] Goldsmith J, Ferrell B, Wittenberg-Lyles E, Ragan SL. Palliative care communication in oncology nursing. Clin J Oncol Nurs [Internet] 2013 04;17(2):163-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23538251>

[43] Pollak KI, Childers JW, Arnold RM. Applying motivational interviewing techniques to palliative care communication. J Palliat Med [Internet] 2011 05;14(5):587-92. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3089740/?tool=pmcentrez&report=abstract>

- [44] Mirón González R. Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera. Revista Española de Comunicación en Salud [Internet] 2010;1(1):39-49. Disponible en: http://www.aecs.es/1_1_com_malas_noticias.pdf
- [45] Baer L, Weinstein E. Improving oncology nurses' communication skills for difficult conversations. Clin J Oncol Nurs [Internet] 2013 06;17(3):E45-51. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23715716>
- [46] Vallejo Pareja MÁ. Mindfulness. Papeles del Psicólogo [Internet] 2006;27(2):92-99. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1340.pdf>
- [47] Rufino M, Blasco T, Güell E, Ramos A, Pascual A. Comunicación y bienestar en paciente y cuidador en una unidad de cuidados paliativos. Psicooncología [Internet] 2010;7(1):99-108. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/PSIC1010120099A/15099>
- [48] Arthur D. Assessing nursing students' basic communication and interviewing skills: the development and testing of a rating scale. Journal of Advanced Nursing [Internet] 1999;23(3):658-665. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1999.00934.x/abstract>
- [49] Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt G. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. Family Practice [Internet] 2004;21(6):699-705. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15528286>
- [50] Marín Sánchez M, León Rubio JM. Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza- aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. Psicothema [Internet]

2001;13(2):247-251.Disponible en:

<http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/download/7825/7689>

[51] Casas E, Escandell MJ, Ribas M, Ochoa S. Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2010 03;30(1):25-47.Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211->

[57352010000100002&script=sci_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352010000100002&script=sci_arttext)

[52] Slort W, Schweitzer BPM, Blankenstein AH, Abarshi EA, Riphagen II, Echteld MA, et al. Perceived barriers and facilitators for general practitioner-patient communication in palliative care: a systematic review. Palliat Med [Internet] 2011 09;25(6):613-29. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21273221>

[53] Kozłowska L, Doboszyńska A. Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase. Int J Palliat Nurs [Internet] 2012;18(1):40-46. Disponible en:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011488425>

[&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011488425&site=ehost-live)

[54] Teston EF, Mantelo Cecilio HP, Cavalini Marques CD, Foresti Monteschio LS, Sales CA, Marcon SS. Communication towards the terminality process: integrative review. Revista De Enfermagem UFPE [Internet] 2013;7(3):803-12. Disponible en:

[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/328](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3280/pdf_2192)

[0/pdf_2192](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3280/pdf_2192)

[55] Tay LH, Ang E, Hegney D. Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. J Clin Nurs [Internet] 2012 09;21(17-18):2647-58. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22332954>

[56] Cloyes KG, Berry PH, Reblin M, Clayton M, Ellington L. Exploring Communication Patterns Among Hospice Nurses and Family Caregivers. Journal of Hospice & Palliative Nursing [Internet] 2012 08;14(6):426-437. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00129191-201208000-00009>

[57] Rodin G, Zimmermann C, Mayer C, Howell D, Katz M, Sussman J, et al. Clinician-patient communication: evidence-based recommendations to guide practice in cancer. Current oncology (Toronto, Ont.) [Internet] 2009 12;16(6):42-9. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2794681&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

[58] Lewis D, Kitchen C. The role of communication skills in end-of-life care. Journal of Renal Nursing [Internet] 2010;2(2):69-74. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2010771317&site=ehost-live>

[59] Wittenberg-Lyles E, Goldsmith J, Ragan SL. The COMFORT Initiative. Journal of Hospice & Palliative Nursing 2010 09;12(5):282-292.

[60] Wittenberg-Lyles E, Goldsmith J, Ferrell B. Oncology nurse communication barriers to patient-centered care. Clin J Oncol Nurs [Internet] 2013 04;17(2):152-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23538250>

[61] Moore CD, Reynolds AM. Clinical update: communication issues and advance care planning. Semin Oncol Nurs [Internet] 2013 11;29(4):e1-e12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24183162>

[62] Cloyes KG, Berry PH, Reblin M, Clayton M, Ellington L. Exploring Communication Patterns Among Hospice Nurses and Family Caregivers. Journal of Hospice & Palliative Nursing [Internet] 2012 08;14(6):426-437. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24183162>

[63] Benito E. BJ. Espiritualidad en Cuidados Paliativos: la dimensión emergente. Medicina Paliativa 2008;15(4):191-193.

9. Reflexión personal

Estos cuatro años han sido una experiencia educativa, personal y humana muy intensa para mi y llego a este momento consciente del largo camino empezado en septiembre 2010. Recuerdo todavía como si fuera hoy mismo la reunión en la Aula Magna de la Universitat Internacional de Catalunya y el momento en que nos pidieron escribir en un folio nuestros motivos para estudiar enfermería y un pensamiento dirigido a nosotros mismos después de esos cuatro años.

Me llena de emoción volver a leer mis palabras de entonces y descubrir que ese maravilloso sueño, ser enfermero, se está haciendo realidad hoy. El camino ha sido largo, no siempre fácil más bien difícil y complicado, pero gracias a las personas que me han acompañado he conseguido llegar a puerto.

A lo largo de la carrera he podido apreciar los diferentes matices de la enfermería y descubrir una pasión profunda para los cuidados paliativos que, personalmente, entiendo como la máxima expresión de vivir la enfermería y la vida.

La experiencia de prácticas en la Unidad de Cuidados Paliativos Llevant 4 del Parc Sanitari Pere Virgili ha marcado un antes y después en mi percepción de la enfermería y por primera vez en la carrera empecé a sentirme enfermero y no solamente estudiante.

Gracias a las enfermeras y el personal de esa unidad y, sobretodo, gracias a los pacientes que he tenido el honor y privilegio de acompañar en sus últimos días, he aprendido mucho sobre la esencia de la enfermería – *cuidar* – en su sentido más amplio e incluyendo no solamente el paciente sino a las familias, los compañeros y, también para mejorar la calidad de la atención, uno mismo.

Terminando este trabajo siento que mis inquietudes acerca la comunicación con el paciente no han hecho nada más que iniciar a florecer y espero tener la oportunidad de seguir estudiando e investigando este y otros campos de nuestra maravillosa profesión.

ANEXOS

Anexo 1 – Algoritmos de búsqueda y resultados arrojados por Base de Datos

Base Datos	Algoritmo de búsqueda	Campo búsqueda	iniciales	Resultados	
				después 1° filtro (2009-2014, Cast/Eng)	después de revisión Título y Abstract
Pubmed	Communication AND palliative AND nursing	Título/Abstract	441	167	35
Pubmed	Communication (MeSH) AND palliative care (MeSH) AND nursing care (MeSH)	MeSH	85	25	2
CINAHL Complete	Communication AND palliative AND nursing	AB Abstract	163	60	10
Cochrane Library	Communication AND palliativ*	Título /Abstract/Keywords	14	2	1
EBSCO Host	Communication AND palliative AND nursing	AB Abstract	614	233	24
EBSCO Host	Comunicación AND palliativ* AND enferm*	AB Abstract	47	17	2
CUIDEN	Comunicación AND paliativos AND enfermería	n.d.	47	27	5
Web of Science	Communication AND palliative AND nursing	Tema	1216	511	12
Web of Science	Communication AND palliative AND nursing	Título	16	8	5
Lilacs	Comunicación AND paliativos AND enfermería	Título /Resumen / Asunto	17	4	0
ENFISPO	Comunicación AND palliativ* AND enferm*	Cualquier campo	0	0	0
			2660	1054	96

Anexo 2: Referencias incluidas en la revisión, tipo de artículo y país de publicación.

Referencia	Tipo	Población	País
Alferez Maldonado AD. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería : saber qué decir y qué hacer. Rev Esp Comun Salud. 2012;3(2):147–57.	Revisión bibliografía	-	España
Baer L, Weinstein E. Improving oncology nurses' communication skills for difficult conversations. Clin J Oncol Nurs. 2013 Jun;17(3):E45–51.	Artículo teórico	-	Estados Unidos
Calero Romero MR. La comunicación enfermera con el paciente oncológico terminal. Ética los Cuid. 2012;5(10):7.	Estudio cualitativo descriptivo	n=47	España
Campos Palomo AD, Campos Palomo LD. Introducción a las técnicas de comunicación terapéuticas y no terapéuticas en enfermería. Rev Esp Comun Salud. 2012;3(2):133–46.	Revisión bibliografía	-	España
Cloyes KG, Berry PH, Reblin M, Clayton M, Ellington L. Exploring Communication Patterns Among Hospice Nurses and Family Caregivers. J Hosp Palliat Nurs [Internet]. 2012 Aug;14(6):426–37.	Estudio descriptivo	n=12	Estados Unidos
Goldsmith J, Ferrell B, Wittenberg-Lyles E, Ragan SL. Palliative care communication in oncology nursing. Clin J Oncol Nurs. 2013 Apr;17(2):163–7	Modelo teórico	-	Estados Unidos
Kozłowska L, Doboszyńska A. Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase. Int J Palliat Nurs. Warsaw, Poland; 2012;18(1):40–6.	Estudio de campo descriptivo	n=96	Polonia

Referencia	Tipo	Población	País
Lewis D, Kitchen C. The role of communication skills in end-of-life care. J Ren Nurs. Birmingham; 2010;2(2):69–74.	Artículo teórico	-	Inglaterra
Martínez MAM, Ibañez LM. La habilidad de comunicar : caminando hacia el paciente. Rev Esp Comun Salud. 2012;3(2):158–66.	Revisión bibliografía	-	España
Martins Trovo de Araújo M, Paes da Silva MJ. Communication strategies used by health care professionals in providing palliative care to patients - Rev da Esc Enferm da USP. 2012 Jun ;46(3):626–32.	Estudio Descriptivo	n=303	Brasil
Mirón González R. Comunicación de malas noticias : perspectiva enfermera. Rev Esp Comun Salud. 2010;1(1):39–49.	Revisión bibliografía	-	España
Moore CD, Reynolds AM. Clinical update: communication issues and advance care planning. Semin Oncol Nurs. 2013 Nov;29(4):e1–e12.	Revisión bibliografía	-	Estados Unidos
Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. Cochrane database Syst Rev. 2013 Jan;3(3):CD003751.	Revisión bibliografía	-	Estados Unidos
Peereboom K, Coyle N. Facilitating Goals-of-Care Discussions for Patients With Life-Limiting Disease—Communication Strategies for Nurses. J Hosp Palliat Nurs; 2012 Jun ;14(4):251–8.	Artículo teórico	-	Estados Unidos
Pollak KI, Childers JW, Arnold RM. Applying motivational interviewing techniques to palliative care communication. J Palliat Med. 2011 May ;14(5):587–92.	Artículo teórico	-	Estados Unidos

Referencia	Tipo	Población	País
Ramón García R, Segura Sánchez MP, Palanca Cruz MM, Román López P. Habilidades sociales en enfermería . El papel de la comunicación centrado en el familiar. Rev Esp Comun Salud. 2012;3(1):49–61.	Revisión bibliografía	-	España
Rodin G, Zimmermann C, Mayer C, Howell D, Katz M, Sussman J, et al. Clinician-patient communication: evidence-based recommendations to guide practice in cancer. Curr Oncol. 2009 Dec;16(6):42–9.	Revisión bibliografía	-	Canadá
Rufino M, Blasco T, Güell E, Ramos A, Pascual A. Comunicación y bienestar en paciente y cuidador en una unidad de cuidados paliativos. Psicooncología. 2010;7(1):99-108.	Estudio cualitativo	n=32+25	España
Slort W, Schweizer BPM, Blankenstein AH, Abarshi EA, Riphagen II, Echteld MA, et al. Perceived barriers and facilitators for general practitioner-patient communication in palliative care: a systematic review. Palliat Med. 2011 Sep25(6):613–29.	Revisión bibliografía	-	Países Bajos
Slort W, Blankenstein AH, Delliens L, van der Horst HE. Facilitators and barriers for GP-patient communication in palliative care: a qualitative study among GPs, patients, and end-of-life consultants. Br J Gen Pract. 2011 Apr ;61(585):167–72.	Estudio cualitativo	n=20+6+22	Países Bajos
Stajduhar KI, Thorne SE, McGuinness L, Kim-Sing C. Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. J Clin Nurs . 2010 Jul;19(13-14):2039–47.	Estudio cualitativo	n=34	Canadá
Stickley T. From SOLER to SURETY for effective non-verbal communication. Nurse Educ Pract. 2011 Nov;11(6):395–8.	Modelo teórico	-	Inglaterra
Tay LH, Ang E, Hegney D. Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. J Clin Nurs. 2012 Sep 21(17-18):2647–58.	Estudio cualitativo	n=10	Singapur

Referencia	Tipo	Población	País
Teston EF, Mantelo Cecilio HP, Cavalini Marques CD, Foresti Monteschio LS, Sales CA, Marcon SS. Communication towards the terminality process: integrative review. Rev Enferm UFPE. 2013;7(3):803–12.	Revisión bibliografía	-	Brasil
Trice ED, Prigerson HG. Communication in end-stage cancer: review of the literature and future research. J Health Commun. 2009 Jan;14 Suppl 1:95–108.	Revisión bibliografía	-	Estados Unidos
Wittenberg-Lyles E, Goldsmith J, Ferrell B. Oncology nurse communication barriers to patient-centered care. Clin J Oncol Nurs. 2013 Apr;17(2):152–8.	Modelo teórico	-	Estados Unidos
Wittenberg-Lyles E, Goldsmith J, Ragan SL. The COMFORT Initiative. J Hosp Palliat Nurs. 2010 Sep 12(5):282–92.	Modelo teórico	-	Estados Unidos

Anexo 3 – Factor de Impacto y cuartil de las revistas citadas

Titulo	Articulos Citados		Journal of Citation Report			Factor de Impacto JCR (2012)
	Citados	Categoría	Revistas en Categoría	Rango en Categoría	Quartil	
British Journal of General Practice	1	MEDICINE, GENERAL & INTERNAL PRIMARY HEALTH CARE	155	41	Q2	2,034
Cochrane Database of Systematic Review	1	MEDICINE, GENERAL & INTERNAL	18	3	Q1	2,034
Clinical journal of oncology nursing	3	NURSING ONCOLOGY	155	12	Q1	5,785
Current Oncology	1	ONCOLOGY	106	49	Q2	0,910
Ética de los cuidados	1	-	197	178	Q4	0,910
International journal of palliative nursing	1	-	197	150	Q4	1,625
Journal of clinical nursing	2	NURSING	-	-	-	-
Journal of Health communication	1	SOCIAL SCIENCE /COMMUNICATION	106	25	Q1	1,316
Journal of Hospice & Palliative Nursing	1	NURSING	72	5	Q1	2,079
Journal of palliative medicine	3	NURSING	106	72	Q3	0,727
Journal of Renal Nursing	1	HEALTH CARE SCIENCES & SERVICES	83	33	Q2	1,891
Palliative medicine	1	HEALTH CARE SCIENCES & SERVICES	83	15	Q1	2,609
		MEDICINE, GENERAL & INTERNAL	155	27	Q1	2,609
		PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH	161	35	Q1	2,609
Psicooncología	1	-	-	-	-	-
Revista da Escola de Enfermagem da USP	1	NURSING	106	93	Q4	0,387
Revista de Enfermagem UFPE	1	-	-	-	-	-
Revista Española de Comunicación en Salud	5	-	-	-	-	-
Seminars in oncology nursing	1	-	-	-	-	-

Fuente: Journal Citation Reports Science Edition (2012). Thomson Reuters. Consultado Mar 28, 2014, Disponible en: <http://thomsonreuters.com/journal-citation-reports/>

Anexo 4 - Scimago Journal Rank y cuartil de las revistas citadas

Titulo	Articulos Citados		Scimago Journal Rank			
	Citados	Categoría	Revistas en Categoría	Rango en Categoría	Quartil	SJR (2012)
British Journal of General Practice	1	MEDICINE / MISC	1584	240	Q1	0,646
Cochrane Database of Systematic Review	1	MEDICINE/ MISC	1584	190	Q1	0,775
Clinical journal of oncology nursing	3	MEDICINE/ MISC	1584	440	Q2	0,354
Current Oncology	1	MEDICINE / ONCOLOGY	243	113	Q2	0,608
Ética de los cuidados	1	-	-	-	-	-
International journal of palliative nursing	1	MEDICINE / MISC	1584	407	Q2	0,384
Journal of clinical nursing	2	NURSING / NURSING (misc.)	127	29	Q1	0,701
Journal of Health communication	1	MEDICINE / PUBLIC HEALTH, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH	347	41	Q1	1,077
Journal of Hospice & Palliative Nursing	3	NURSING / ADVANCED & SPECIALIZED NURSING, COMMUNITY & HOME CARE	30	4	Q1	0,308
Journal of palliative medicine	1	MEDICINE / MISC	23	8	Q2	0,308
Journal of Renal Nursing	1	-	1584	207	Q1	0,728
Palliative medicine	1	MEDICINE / MISC	-	-	-	-
Psicooncología	1	MEDICINE / MISC	1584	71	Q1	1,516
		NURSING / NURSING (misc.)	127	7	Q1	1,516
		MEDICINE / ONCOLOGY	243	185	Q4	0,146
		PSYCHOLOGY / CLINICAL PSYCHOLOGY	102	74	Q3	0,146
Revista da Escola de Enfermagem da USP	1	NURSING / NURSING (misc.)	127	70	Q3	0,323
Revista de Enfermagem UFPE	1	-	-	-	-	-
Revista Española de Comunicación en Salud	5	-	-	-	-	-
Seminars in oncology nursing	1	MEDICINE / ONCOLOGY	243	123	Q3	0,513

Fuente: SCImago. (2007). SJR — SCImago Journal & Country Rank. Consultado Mar 28 , 2014, Disponible en: <http://www.scimagojr.com>

Anexo 5 – Cronograma de actividades (diagrama de Gantt)

