



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

COMUNICACIÓN EFICAZ PARA EL MANEJO EMOCIONAL DE PACIENTES Y FAMILIARES EN CUIDADOS PALIATIVOS

Lourdes Belmar Martínez

Grado de Enfermería

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Año Académico 2021-22

COMUNICACIÓN EFICAZ PARA EL MANEJO EMOCIONAL DE PACIENTES Y FAMILIARES EN CUIDADOS PALIATIVOS

LOURDES BELMAR MARTÍNEZ

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2021-22

Palabras clave del trabajo:

Comunicación, familia, enfermería, habilidades, cuidados paliativos, manejo emocional.

Nombre Tutor/Tutora del Trabajo Antonia Pades Jimenez

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación

Autor		Tutor	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Índice

Resumen	5
Introducción.....	8
Objetivos.....	10
Discusión	12
Conclusión.....	28
Bibliografía.....	29
Anexos	32

Resumen

La comunicación es una herramienta clave para sobre llevar la ardua tarea que conlleva el acompañamiento de un ser querido que está en la fase final de su vida. Nosotras como enfermeras encargadas del cuidado de un paciente con una enfermedad incurable, sabemos que la familia es el pilar fundamental para que el proceso en esta dura etapa sea lo más llevadero posible. Nuestro cometido es guiar al paciente-familia para obtener un bienestar emocional, social y espiritual adecuado que implique tranquilidad y sosiego para ambos.

Objetivo: Definir la comunicación como un instrumento esencial para fomentar una comunicación eficaz entre la familia y los pacientes en la última etapa de su vida.

Estrategia de búsqueda bibliográfica: Revisión bibliográfica de distintas bases de datos PubMed, IBECS, Cuiden Plus, SCORPUS, ERIC, Cochrane, incluyendo también varios artículos mediante “bola de nieve” a través de Google Scholar, en castellano e inglés. Consultando también páginas web oficiales de asociaciones y sociedades como SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) y la OMS (Organización Mundial de la Salud).

Los límites usados fueron años de difusión de 2017 hasta la fecha y publicaciones de textos completos.

Resultados: Total de 26 documentos empleados para determinar los objetivos programados en este trabajo.

Discusión: La comunicación sienta las bases para crear un estrecho vínculo paciente-familia. Esta conexión es necesaria para que desaparezcan las inseguridades y únicamente quede el bienestar emocional para ambos.

Conclusión: Este trabajo refleja la necesidad que tiene nuestra profesión de disponer de habilidades y conocimientos en todos los sentidos, no solo en técnicas y procedimiento, para poder estar capacitada en el ámbito de los cuidados paliativos, solo así se conseguirá una atención eficaz en el cual primará la confianza y el bienestar paciente-familia.

Es necesario que el cuidado y la atención en esta etapa de la vida de un paciente esté basado en una comunicación terapéutica humanizada, garantizando que el vínculo familiar sea satisfactorio y contribuyendo a mantener una buena relación para eliminar los obstáculos que puedan surgir durante el proceso de la enfermedad.

Palabras clave: Comunicación, familia, enfermería, habilidades, cuidados paliativos, manejo emocional.

Summary

Communication is a key tool to overcome the arduous task of accompanying a loved one who is in the final phase of his life. We, as nurses in charge of caring for a patient with an incurable disease, know that the family is the fundamental pillar so that the process in this difficult stage is as bearable as possible. Our mission is to guide the patient-family to obtain adequate emotional, social and spiritual well-being that implies tranquility and calm for both.

Objective: To define communication as an essential tool to promote effective communication between family and patients in the last stage of their life.

Bibliographic search strategy: Bibliographic review of different PubMed, IBECs, Cuiden Plus, SCORPUS, ERIC, Cochrane databases, also including several articles by "snowballing" through Google Scholar, in Spanish and English. Also consulting official websites of associations and societies such as SECPAL (Spanish Society for Palliative Care) and the WHO (World Health Organization).

The limits used were years of diffusion from 2017 to date and full text publications.

Results: I collected a total of 26 documents used to determine the objectives programmed in this work.

Discussion: Communication lays the foundations to create a close patient-family bond, this connection is necessary so that insecurities disappear and only emotional well-being remains for both.

Conclusion: This work reflects the need for our profession to have skills and knowledge in all senses, not only in techniques and procedures, to be able to be trained in the field of palliative care, only in this way will effective care be achieved in the which will prioritize patient-family trust and well-being.

It is necessary that the care and attention at this stage of a patient's life be based on a humanized therapeutic communication, guaranteeing that the family bond is satisfactory

and contributing to maintaining a good relationship to eliminate the obstacles that may arise during the treatment process. the illness.

Key words: Communication, family, nursing, skills, palliative care, emotional management.

Introducción

Los cuidados paliativos consisten en aportar un bienestar holístico al paciente y familia a través de la prevención y la mitigación del dolor, estableciendo una estrecha relación entre familia y paciente para que contribuya a mejorar las necesidades fundamentales en este período de la vida, junto con el soporte psicoemocional y social (1).

Es necesario que entendamos que los cuidados paliativos están reconocidos explícitamente en el contexto de los derechos humanos a la salud, donde se establece la dignidad de la persona y dando por sentado que serán los últimos derechos del individuo (2).

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) fue fundada en 1992 con la finalidad de promover la calidad de la atención a los pacientes terminales y familiares (3). Definiendo la enfermedad terminal como (4)(5):

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Produce gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Una enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento curativo o con capacidad para retrasar la evolución y que por ello conlleva al fallecimiento en un tiempo variable, es progresiva, provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conllevan un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente (6).

Este proceso es el camino de la vida hacia la muerte, pero debemos tener claro que la atención que se dan durante los cuidados paliativos no pretende posponer el fallecimiento pero sí acompañar en el desarrollo, intentando mejorar la calidad de vida en los últimos días (1).

Debemos concienciarnos que detrás de los cuidados paliativos no simplemente hay enfermedades sin solución, ya que hemos de comprometernos en colaborar realizando

una interpretación profunda del comportamiento, y sobre todo escuchando a quienes cuidamos ya que es clave para romper barreras y acercarnos a ellos (7).

Nuestro objetivo es acompañar a pacientes y familiares durante la última etapa de su enfermedad hasta la muerte, proporcionando una adecuada atención en todos los sentidos, es decir, realizando unos cuidados integrales (6).

No solo se debe procurar el alivio de los síntomas o el estrés que pueda causar la enfermedad al paciente, sino que a su vez debemos implicar a su familia, ayudando a entender que está sucediendo, fomentando la comprensión y la aceptación, animando a reflexionar sobre como la enfermedad está marcando su vida diaria (8).

La familia es un pilar esencial durante todo el proceso de la enfermedad, por ello es imprescindible saber reconocer el valor de la comunicación de enfermería con la familias y pacientes en esta etapa tan complicada para ambos (9).

Mediante la comunicación profunda con la familia y el paciente, intentamos comprender las historias, los roles familiares, procuramos intercambiar ideas, conocimientos, sentimientos, para asegurarnos que los deseos de los pacientes y de sus familias están solventados (10).

Construir las bases de la comunicación desde la conversación y escucha activa, es fundamental, y para ello se precisa, respeto a la identidad, comprensión, afecto, empatía y confianza ya que son algunos de los aspectos esenciales que no podemos obviar para obtener una conexión integral y un cuidado humanizado (1).

La formación de las enfermeras en los últimos años ha estado dirigida hacia un área más biologicista, enfocado en técnicas y procedimientos, dejando el campo de la comunicación en una situación deficitaria provocando un detrimento en el proceso comunicativo tan necesario para nuestra profesión (11).

Todo el equipo sanitario deberíamos unir nuestras fuerzas para mejorar la comunicación, y poder así satisfacer las necesidades que tengan los pacientes y sus familias, ya sean psicológicas, sociales o espirituales. (12).

Objetivos

Objetivo general

Definir la comunicación como un instrumento esencial terapéutico para fomentar una comunicación eficaz entre la familia y los pacientes en la última etapa de su vida, aportando estrategias y habilidades necesarias para satisfacer las necesidades de ambos.

Objetivos específicos:

Instaurar los cimientos de una comunicación de calidad sólida con el paciente-familia.

Detallar estrategias y habilidades eficaces que conlleven a un beneficio emocional.

Determinar el cometido de la enfermería en la comunicación y las cualidades que esta debe dominar.

Estrategias de búsqueda

Este trabajo de fin de grado es una revisión de la bibliografía publicada sobre la comunicación entre paciente-familia-sanitarios durante el proceso de los cuidados paliativos, seleccionando referencias que describen los aspectos más notables sobre este tema. Se ha obtenido información de distintas bases de datos y fuentes bibliográficas utilizando las palabras clave correspondientes junto con los descriptores oportunos que he configurado mediante los tesauros DeCS y MeSH incluyendo el operador booleano AND; se han elegido los artículos mejor valorados, en castellano e inglés, con un margen de 5 años (2017-2022). Se ha tenido en cuenta la información referente a enfermería, pero también incluyendo otras áreas del ámbito sanitario, como la psicología.

Palabras clave Comunicación, familia, enfermería, habilidades, cuidados paliativos, manejo emocional.

Criterios de inclusión

- Artículos relacionados con la comunicación del equipo sanitario con el paciente y familia.
- Artículos relacionados con los pacientes de cuidados paliativos.
- Artículos donde detallaban estrategias y habilidades comunicativas en ámbito sanitario.

Criterios de exclusión

- Artículos que hacían referencia a la comunicación con pacientes paliativos pediátricos.
- Artículos que hacían referencia a la comunicación de pacientes paliativos con demencia.
- Artículos que no incluían la figura de la enfermera en el proceso de comunicación con los pacientes y familiares.
- Artículos duplicados.

La recopilación de los artículos se fundamentó en tres etapas:

- 1 Etapa. Lectura del título y resumen de los artículos.
- 2 Etapa. Lectura íntegra de los artículos.
- 3 Etapa. Lectura crítica de los artículos.

Resultados de la búsqueda bibliográfica

Para la realización de este TFG hemos introducido un total de 26 artículos, siendo estos principalmente revisiones bibliográficas y estudios cualitativos.

En el anexo 1 se puede consultar el cuadro resumen de la búsqueda realizada de los 26 artículos que han facilitado realizar este TFG.

Discusión

Los Cuidados paliativos como modelo de atención integral a pacientes y familiares.

Los cuidados paliativos establecen una modalidad terapéutica en busca del bienestar de pacientes y familiares, interpreta el fin de la vida como un carácter multidimensional (físico, psicosocial, espiritual) lo que implica atención, compromiso y responsabilidad en todos y cada uno de estos campos (13).

La atención al final de la vida es una dura tarea, llena de tensiones familiares, de desacuerdos, preocupación e incertidumbres; como tomar la decisión correcta cuando tu ser querido está en los últimos momentos o incluso quien debería tomar la última palabra sobre algo tan complicado como es el buen morir (14).

Debe quedar claro que unos cuidados paliativos excelentes harán mejorar la calidad de vida del paciente (12), pero también que la atención y cuidados que proporcionamos como enfermeras, no conllevan a la mitigación completa ni la carencia de emociones y sentimientos amenazantes, aunque sí a sobre llevarlos de la mejor manera, sabiendo que no están solos en esta lucha (1).

No obstante, entendemos que no podemos caminar en sus zapatos, pero sí estamos obligados por la responsabilidad y el compromiso que adquirimos al integrar esta profesión en nuestra vida, a caminar junto a ellos (15).

La incertidumbre sobre la vida y la muerte en muchas ocasiones puede provocar (1):

- Estrés.
- Cambio de estilo de vida.
- Cambio de percepción de sí mismo.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Cambios de relaciones personales.

Consideremos importantes las creencias, los principios morales, la fe, el optimismo, la esperanza y el ánimo ya que fomentarán la aceptación de los hechos que están viviendo, contribuyendo a una buena disposición y colaboración en el tratamiento y cuidados (1).

La muerte, aunque es una fase más de la vida, se vive como un desasosiego, con miedo, con soledad, llena de inseguridades y aun así, debemos dejar claro que los cuidados y el acompañamiento durante esta etapa puede dar dignidad a los seres queridos (13)(3).

Frecuentemente cuando a un paciente le diagnostican una enfermedad terminal atraviesa por varias etapas entre las que se observa (9):

1) Periodo de negación, donde podemos encontrar:

- Shock.
- Aturdimiento.
- Incredulidad.
- Dolor.
- Rabia.
- Llanto.

2) Tras pasar este 1er periodo se presenta una etapa de:

- Ansiedad.
- Miedo.
- Desprotección.
- Inutilidad.

Predominando a modo de protesta con solicitudes desmesuradas hacia el equipo sanitario y trasladándolo también hacia sus seres queridos (9).

3) Posteriormente entra el periodo de aceptación de la enfermedad determinado por:

- Tristeza.
- Depresión.
- Aceptando lo ineludible.

Entonces es cuando empieza una especie de duelo anticipatorio, antes de que el paciente haya fallecido (9).

Se suele decir que la persona que padece una enfermedad crónica avanzada tiene la oportunidad de resolver enfrentamientos familiares, puede programar su testamento, a la familia le da la oportunidad de cuidar se su ser querido hasta “el final” además de intentar prepararse para la muerte (1).

Antiguamente, hasta el siglo XVII aproximadamente, quien moría realizaba un testamento donde relataba sus deseos, sus testimonios de fe y sus perdones. A partir de esta fecha cambió el concepto de testamento donde únicamente se utiliza para la transferencia de herencia, dando lugar a la creencia de que los deseos de quien moría se cumplirán a través de sus familiares sin necesidad de actos jurídicos (13).

En la actualidad, la toma de decisiones anticipada es una herramienta que facilita la atención e incluso se ha observado que hay una mayor satisfacción por parte del paciente y su familia en cuanto a cuidados, disminuyendo el estrés y la ansiedad (10).

Animar a las personas enfermas y a sus familias a pensar en la posibilidad de realizar este documento es importante, ya que mejora considerablemente las relaciones y la comunicación entre ellos pero también con los sanitarios que les atienden (10).

Aunque en muchas ocasiones vemos que los familiares no tienen conocimiento de los documentos de planificación de cuidados anticipados, se ha observado que la toma de decisiones facilitada por una comunicación clara y sincera incrementa la seguridad y la tranquilidad de las familias encaminando a aumentar el vínculo establecido entre la familia y el paciente (10).

Los cuidados paliativos integrales durante la última etapa de la vida de un paciente se afrontarán de manera satisfactoria cuando el paciente y la familia aborden la enfermedad y la muerte estableciendo una buena comunicación y apoyo emocional ya que esto dará lugar a un buen afrontamiento individual y familiar (10).

Claves de la comunicación efectiva en los cuidados paliativos.

La comunicación en un ambiente hostil como puede ser una enfermedad en fase terminal es un proceso complejo y difícil (16).

Una comunicación adecuada entre los profesionales sanitarios, paciente y familia es imprescindible para conseguir las intervenciones que deseamos, contribuyendo positivamente en el bienestar emocional (17).

En muchas ocasiones el lenguaje que utilizamos es uno de los componentes que complica la comunicación ya que un estilo demasiado científico-técnico entorpece la comprensión de las pautas que debe seguir el paciente o su familia, además de dificultar la fluidez (4).

Por ello, el estilo que debemos emplear con el paciente y la familia debe estar acondicionado a su vocabulario, pero esto no significa que infantilicemos el nuestro (16).

Esta comunicación con la familia debe empezar por una escucha activa, directa y honesta evitando en todo momento minimizar la gravedad de la situación, brindando comprensión, consideración y respeto con el fin de afrontar conjuntamente las decisiones tomadas, evitando en todo momento las conspiraciones de silencio ya que no favorecen la comunicación además de causar sufrimiento a los implicados. Debemos fomentar en todo momento la autonomía y la dignidad de pacientes y familiares (13).

Hay varios aspectos que suelen dificultar la comunicación entre los pacientes y las familias y que tendremos en consideración, como son: los conflictos familiares, el miedo a la muerte, la negación, ruptura matrimonial, desacuerdos financieros, violencia o abuso, además de que la gran variedad cultural hace que esta tarea sea mucho más compleja (10)(18).

Los componentes básicos de la comunicación que tendremos en cuenta son (5):

- Mensaje: algo que transmitir.
- Emisor: alguien que lo transmita.
- Receptor: alguien que reciba la información.
- Código: lenguaje.
- Canal: oral, escrito, telefónico, no verbal

Nuestro objetivo es promover estrategias de comunicación que fomenten el apoyo emocional aportando un beneficio para ambos. Proporcionando como principio básico una comunicación efectiva y sensible (6).

Principalmente debemos basar nuestra comunicación en (5):

- Informar
- Orientar
- Apoyar

Algunos autores nos hablan de la comunicación terapéutica como un instrumento realmente valioso en el equipo sanitario ya que permite transformar la pérdida dolorosa de un ser querido en un estado emocional llevadero (9).

La comunicación terapéutica es fundamental; para la familia es muy importante poder manejarse correctamente con su ser querido, ellos son quienes lo conocen, quienes entienden sus gustos, sus inquietudes, sus necesidades,.. incluso llegado el momento en que el paciente no se pueda comunicar correctamente, la familia sabrá qué es lo que quiere (9).

Entre las características vinculadas a la comunicación con la familia del paciente al final de la vida podemos encontrar (9):

- La expresividad intensifica la expresión por vía no verbal.
- La mirada aporta muchísima información.
- La expresión facial y gestual, malestar o bienestar.
- La voz, el tono, engañar, ocultar información.
- Las palabras, las palabras crean mundos.

Otro de los elementos valiosos que debemos considerar y es el don de la comunicación silenciosa, ya que es la capacidad más grande que podemos darle a un individuo (7).

Tener la habilidad de mantener el silencio con los pacientes conlleva el empleo de periodos de silencio intencionados para conceder que el paciente asimile la información; Hay autores que consideran que para que este silencio sea efectivo no debe superar los 90 segundos, pueden parecer complicados de mantener y en ocasiones resultan muy duraderos, pero es un instante importante para el paciente ya que está procesando su situación; debe meditar sobre su estado y el impacto que esto causará también a sus familiares; en ese momento, los pensamientos y sentimientos pueden resultar difíciles de expresar, por ello debemos estar atentos a las señales no verbales (15).

Un aspecto fundamental que debemos considerar importante durante el proceso de la enfermedad en el paciente y la familia es la comunicación no verbal, y es que se dice que el 93% de la comunicación pertenece a la comunicación no verbal descrito en muchas ocasiones como el lenguaje del cuerpo (5).

La comunicación no verbal puede darnos mucha información y tenemos que estar atentos a (9):

- Contacto visual.
- Movimientos corporales.
- La posición.

- Mensajes subliminales.
- Omisiones temas.

En el lenguaje no verbal podemos incluir (5):

- Posición de pie o sentado.
- Lugar (un pasillo o una habitación privada).
- Dirección de la mirada.
- Atención y escucha.
- Tiempo dedicado.
- Actitud.
- Contacto físico.
- Contacto ocular.
- La expresión facial.
- Los movimientos de la cabeza.
- Postura y porte.
- Proximidad y orientación.
- Apariencia y aspecto físico.

Para poder llevar a cabo una buena técnica de escucha activa es importante prestar atención sentado a su lado, nunca de pie o con los brazos cruzados, además de escuchar que dicen, debemos observar cómo lo dicen y que implica lo que está diciendo (5).

La comunicación verdadera no es un proceso inmediato, lleva consigo una evolución que finaliza con la madurez de esta, incluyendo estos aspectos fundamentales (5):

- Nunca mentir.
- Miedos y temores.
- Dudas e inseguridades.

Una de las herramientas en las que nos podemos apoyar es en la comunicación grupal, ya que busca unir a los miembros de la familia para fomentar la comunicación entre ellos, de esta forma les permite organizarse a fin de favorecer una buena evolución del proceso. Estas reuniones proporcionan un clima donde interactúan y se relacionan los unos con los otros, permitiendo el diálogo e impidiendo así su miedo a sentirse obligados a exponer un

tipo de pensamiento o actuación (9). Es imprescindible un ambiente cómodo, tranquilo donde prime el respeto y la comunicación fluya con total normalidad (5).

Para que nuestro objetivo sea un éxito debemos proporcionar un grado máximo de compromiso y responsabilidad, respeto y empatía, además de asegurarnos de que nuestros pacientes y sus familiares han recibido la información precisa entendiéndola correctamente (15).

Es primordial que desarrollemos habilidades de comunicación basada en la evidencia ya que se ha demostrado que las malas experiencias de comunicación siguen siendo el área principal de queja asociados con la angustia del paciente y el cuidador y los resultados deficientes del personal (19).

La formación enfermera imprescindible para un buen cuidado.

Uno de los principales problemas que podemos encontrarnos a la hora de comunicarnos con pacientes que se encuentran al final de la vida junto con su familia, es la deficiencia de habilidades y conocimientos que tenemos los enfermeros, el escaso aprendizaje en cuanto a comunicación, el miedo que nos provoca la muerte, abordar el dolor, el sufrimiento, no sabemos gestionar los conflictos emocionales que conllevan el cuidado de personas en la última etapa de su vida (4).

La formación en comunicación es bastante reciente, por ello, es importante que se amplíen nuestros conocimientos en este campo, es necesario crear una formación fundamentada en una filosofía holística, ya que este tipo de enfermería proporcionaría bienestar físico, espiritual y psicológico, ampliando conocimientos, habilidades y actitudes que brinden asesoramiento sobre cuestiones difíciles, además de proporcionar una atención de calidad (8).

Las habilidades en comunicación se dirigen sobre todo al aprendizaje de las enfermeras para implementar estrategias enfocadas a objetivos, estudios de casos y guías para implementar conferencias familiares y comunicación con el paciente (18). Incluyendo talleres basados en simulación donde se aprende a llevar a cabo una mejor atención a pacientes y familiares, fomentando la capacitación multidisciplinar para manejar conflictos y discusiones éticas de manera más humana (6).

Entre las habilidades más significativas en comunicación podemos encontrar (5):

- Escucha activa.
- Empatía.
- Evitar paternalismo.
- Evaluar grado de información.
- Identificar: lo que sabe. Lo que quiere saber. Lo que le preocupa.
- Evitar excesiva emotividad.

¿Cuáles son las carencias con las que nos podemos encontrar? (7)

- Falta de entrenamiento.
- Falta de conocimiento sobre la ley.
- Carecer de conocimientos sobre cuidados paliativos.
- Percepción de sobretratamiento.
- Dilemas e incertidumbre presentes no resueltos.
- Falta de tiempo.
- Falta de esperanza.
- Mala habilidad para la comunicación.
- Dificultad en el manejo de conflictos o dilemas.

La enfermera debe estar capacitada técnicamente para proporcionar competencias emocionales y humanas, además de mostrar actitudes empáticas y sensibles donde pueda ser consciente y advierta las necesidades emocionales, sociales y espirituales de ambos, paciente y familia (9).

Estrategias que podemos implementar para adquirir mayores conocimientos (20):

- Disminuya la velocidad del habla, use oraciones cortas y palabras familiares.
- Limite la información proporcionada a un máximo de tres puntos principales cuando sea posible.
- Concéntrese sólo en la información más crítica para la toma de decisiones de los pacientes, es decir, intente comprender las prioridades y los valores de los pacientes y sus familias y explique cómo podrían lograr mejor sus objetivos dadas las opciones disponibles.

- Preste atención a la comunicación sobre el pronóstico y las opciones de tratamiento.
- Programas de educación basados en grupos sobre el cuidado y cómo sobrellevar la pérdida.
- Animar a los pacientes a tener una persona de apoyo preferida presente para las discusiones importantes.
- Emplear personal especializado para mejorar la comunicación con los pacientes.
- La información debe centrarse en la información procesable relevante para las preocupaciones de los pacientes.
- Adoptar precauciones universales que reduzcan la carga cognitiva impuesta a todos los pacientes y aseguren la comprensión de la información clave, en lugar de ver la alfabetización en salud limitada como la excepción a la regla.
- Capacidad para que los pacientes se comuniquen las 24 horas del día, los 7 días de la semana con un profesional de la salud, para hacer preguntas y disipar sus temores.
- Establecer una relación respetuosa con los pacientes.
- Ayudar a predecir las futuras necesidades de atención de los pacientes.
- Tenga reuniones periódicas con los cuidadores principales para discutir el progreso (tanto los cuidadores formales como informales)
- Ser abierto y honesto y asesorar a los pacientes sobre la realidad de la situación. Evaluación temprana de las necesidades posteriores al alta
Información personalizada para los pacientes.

La preparación emocional para el fallecimiento de un familiar es esencial y comprende todo el camino de la enfermedad hasta el fallecimiento, incluyendo (17):

- Aceptar la realidad sabiendo que la muerte está cerca.
- Poner su casa en orden.

- Decir lo que necesitas decir.
- Dar permiso para morir.

Los profesionales sanitarios debemos ser conscientes que esta etapa es dura para ambos y tenemos que estar preparados y capacitados adquiriendo conocimientos sobre la comunicación humanizada, donde prima las intervenciones emocionales (9).

Para Ruiz, la comunicación humanitaria se basa en un modelo denominado CICCA que significa (9):

- Conectar con el paciente/familia.
- Identificar y Comprender los problemas de salud del paciente y su familia.
- Acordar con el paciente y familia los problemas, las decisiones y las acciones.
- Ayudar al paciente y familia a entender, elegir y actuar.

Proporcionando una educación sanitaria en comunicación dirigida hacia la familia (5).

Las enfermeras debemos estar capacitadas para realizar este trabajo puesto que estamos en una posición ideal ya que la relación con la familia y paciente es más íntima, se comparten experiencias y preocupaciones (21).

Otro de los aspectos fundamentales que debemos tener en cuenta es el hecho del contacto físico, el tocar un hombro o incluso acomodar una almohada (5).

Normalmente el equipo sanitario orienta la respuesta terapéutica en el sentido de (5):

- Instaurar medidas de control de síntomas.
- Mostrar disponibilidad.
- Revisar los últimos acontecimientos, esclarecer dudas sobre la evolución y el tratamiento.
- Volver a recordar los objetivos terapéuticos.

Pero hemos de ser consciente que las conversaciones difíciles que tendremos a lo largo de todo el proceso conllevan a instaurar la formación multiprofesional, ofreciendo talleres multidisciplinares, aportando conocimientos, confianza y habilidades necesarias para mantener conversaciones potencialmente difíciles con pacientes con enfermedades graves y potencialmente mortales y sus familias (19).

La capacitación en comunicación intrapersonal e interpersonal se enfoca en el cuidado holístico y humanizado(9), englobando las necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales, fomentando la conexión paciente-familia-equipo cuyo aprendizaje se hace cada vez más amplio incorporando herramientas científicamente validadas como el Proceso de atención de enfermería y la enfermería basada en evidencia (1) (21).

Identifican objetivos proporcionando educación y desarrollando habilidades en comunicación (21), entre los cuales podemos encontrar (1):

- Describir las prácticas enfermero que fortalecen la cohesión familia-paciente.
- Identificar el grado de participación de la familia en los cuidados paliativos del paciente.
- Relacionar el grado cohesión paciente-familia con el bienestar emocional del paciente.

No sólo es anotar la casilla “conversación realizada”, sino que la comunicación debe estar integrada en los cuidados como una rutina, normalizándola y llevándola a cabo a diario (22).

Según investigaciones recientes, se ha comprobado que las enfermeras se muestran más preocupadas por la atención orientada en las técnicas o en los procedimientos, en lugar de entablar una conversación con los pacientes, las familias y/o cuidadores (23).

Integrar una buena formación enfermera implica proporcionar un enfoque más sensible, humanista y emocional, junto con bases técnicas y científicas (1).

Aspectos importantes a tener en cuenta en la atención a la familia durante los cuidados paliativos integrales.

Las familias son la primera red de apoyo social del individuo, se genera un sentimiento de pertenencia, cuidado, estima, ayudando a ofrecer recursos emocionales para conciliar situaciones de estrés donde los equipos de cuidados paliativos están obligados a crear vínculos que sean efectivos para atenderlos como un conjunto terapéutico, darles el alivio que necesitan, además de procurar un adecuado enfrentamiento y aceptación para minimizar el dolor físico, psicológico y espiritual (13).

La familia debe ser tratada con respeto, ya que son intermediarios indispensables a quienes debemos estar conectados mediante la comunicación, puesto que en muchas ocasiones son ellos los que deben tomar decisiones cruciales en momentos difíciles (10).

Muchas familias hacen referencia a que simplemente la presencia humana ya crea una situación tranquilizadora de profunda humildad que establece una conexión humana donde no cabe nada más que el respeto y el silencio (7).

La familia es un pilar fundamental durante todo el proceso de la enfermedad, por ello es imprescindible saber reconocer el valor de la comunicación de enfermería con la familias en esta etapa tan complicada para ambos (9).

Hablar sobre pronósticos, preferencias, prioridades, tratamientos, prolongación de la vida, lugar de atención, preocupaciones, temores, discutir problemas, preferencias o toma de decisiones puede resultar extenuante (22).

Los cuidadores principales reconocen que la información que se les daba en bastantes ocasiones era muy extensa y tuvieron que hacer un gran esfuerzo para comprenderlo todo, para después ayudar de manera efectiva a su familiar enfermo. “Todos tuvimos que aprender mucho”, así mismo preferían una comunicación efectiva que fuese clara y directa sobre todo en lo referente al diagnóstico y pronóstico (17).

La información que se debe dar debe ser precisa; el diagnóstico, la extensión la gravedad, los síntomas, las metas de los cuidados paliativos, lo que podríamos destacar de la fase en la que se encuentra su ser querido (9).

En muchas ocasiones creemos que ocultar información durante este proceso hace que la carga y sufrimiento sean más soportables, se crea una actitud sobreprotectora donde impera el paternalismo, estableciéndose patrones silenciosos que producen bloqueos en la comunicación familiar (24).

Hay estudios que afirman que no se puede hablar por igual de “conspiración” y “pacto” debe usarse “conspiración de silencio” para referirse a la omisión de información, y “pacto de silencio” para referirse a situaciones en las que, a pesar de tener información, se omite divulgarla (24).

La familia piensa que silenciar la verdad es un buen motivo para garantizar la estabilidad emocional del paciente y que es un acto de compasión, llegando a sentirse en paz con

ellos mismos; esto implica que no puedan hablar realmente sobre temas que verdaderamente estimularían el bienestar emocional de ambos (11).

La conspiración del silencio en cuidados paliativos es indicativo de un fallo en la comunicación, ya que deja al paciente en una situación de vulnerabilidad y falta de autonomía (24).

Las Principales justificaciones para la conspiración del silencio que podemos encontrar son (3):

- Deseos de proteger al enfermo del impacto emocional y evitarle un sufrimiento innecesario.
- Muestra de amor de la familia.
- Autoprotección tanto de los familiares por la incapacidad a enfrentarse a las reacciones emocionales del paciente.
- Dificultad de los profesionales para transmitir malas noticias
- Tema tabú de la muerte en nuestra sociedad actual.

Nuestro objetivo es garantizar que las familias estén preparadas y dispuestas para proporcionar el acompañamiento adecuado y necesario que precisa su familiar (9).

Los familiares se responsabilizan de la satisfacción de las necesidades básicas de los pacientes pero también de los deseos que tengan en la etapa final de su vida, se convierten en intérpretes de su madre/padre/esposo/hermano, por ello es necesario contribuir a una buena comunicación, ya que el paciente podrá hablar abiertamente y con total claridad acerca de cómo quiere pasar sus últimos días (17).

Debemos olvidarnos de la frase que aun en algunas ocasiones todavía resuena en el ámbito sanitario cuando estamos ante un paciente terminal: “No hay nada más que podamos hacer”; tanto el paciente como las familias se sienten abandonados cuando escuchan esta frase y debemos ser conscientes del mucho trabajo que queda por delante, el acompañamiento y cuidado al final de la vida es agotador (17).

Nos consta que hay pocos estudios que nos proporcionan información sobre si las inquietudes o preocupaciones éticas de los pacientes o sus familiares en esta dura etapa de la vida se están abordando correctamente, con lo cual es complicado reconocer si

necesitamos mejorar en algún campo; es importante identificar temas tan cruciales como las opciones de tratamientos reconfortantes o la planificación anticipada (14).

La gran mayoría de familiares apoyan lo que deciden sus seres queridos, aunque en ocasiones los desafíos emocionales llevan a que los pacientes cambien de opinión respecto a sus procedimientos a petición de sus familiares, a veces siendo estos más agresivos; por otro lado, podríamos afirmar que cuando el paciente ya no está en condiciones para responder sobre su propio proceso hay conflictos familiares de tal magnitud que participantes a quienes no se les había designado dicho papel quieran tomar decisiones al respecto, por ello es conveniente que durante toda la evolución haya una comunicación clara, donde se puedan abordar estos temas en conjunto con los familiares cercanos y planificar adecuadamente los tratamientos que quiera o no realizarse, donde o en qué condiciones quiere morir (14).

Los profesionales sanitarios debemos fomentar la participación activa de la familia durante todo el proceso de la enfermedad acatando en todo momento lo establecido en la Ley de Autonomía del paciente (11). El respeto a la autonomía es un derecho de los pacientes a tomar sus propias decisiones sin demasiada influencia externa (14).

Para la familia y amigos el acompañamiento de un ser querido en esta última etapa de la vida es un trance difícil que supone en muchas ocasiones interrumpir sus vidas para volcarse en el enfermo, dejando de lado su bienestar, llegando a provocar dificultades físicas y mentales aumentando el riesgo de morbilidad secundaria provocado por ansiedad y depresión (6).

Es normal que en ocasiones la familia se sienta sobre pasada por la situación y que piense que no están capacitados para poder atender correctamente a su familiar (9), y otras muchas sientan la necesidad de que todo finalice (3).

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define la claudicación familiar como “incapacidad de los miembros para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente, una rendición de la familia ante la enfermedad terminal y conlleva a un sufrimiento individual y colectivo de la familia” (1).

La claudicación familiar podríamos decir que es el desajuste de la adaptación a una situación que provoca estrés de la familia y causa (5):

- Síntomas mal controlados o aparición de nuevos (especialmente dolor, disnea, y vómitos)
- Sentimientos de pérdida, miedos, temores o incertidumbre.
- Depresión, ansiedad o soledad.
- Dudas sobre el tratamiento previo o la evolución.

Prevenir el síndrome del cuidador quemado, mejora el vínculo paciente-familia, fortaleciendo la comunicación, el bienestar emocional y la mejor adherencia al tratamiento (1).

Es fundamental que las familias pasen el mayor tiempo posible con su ser querido, compartiendo la privacidad e intimidad que en este momento precisan, su simple compañía, apoyo espiritual, resolver conflicto, perdonarse o dar explicaciones a asuntos personales (9).

La integración plena de la familia debe constar de 3 pilares esenciales (5):

- Educación de la familia.
- Soporte práctico y emocional de la familia.
- Ayuda en la rehabilitación y recomposición de la familia (prevención y tratamiento de duelo).

Desde nuestra profesión enfermera, consideramos que las acciones para el “buen morir” no sólo van dirigidas al paciente sino también a la familia, proporcionando el apoyo familiar efectivo y emocional hace que se favorezca la superación de momentos estresantes o amenazantes fortaleciendo la cohesión familia-paciente llegando a reforzar el vínculo familia-paciente (1). Para este proceso es clave dar el valor irremplazable que significa morir en compañía de la familia (6).

Las funciones del equipo sanitario de cuidados paliativos no finaliza con la muerte del paciente enfermo, ya que la familia es la que ha sufrido todo el proceso y en muchas ocasiones nos olvidamos del dolor y el malestar emocional que queda tras la pérdida del ser querido(9). Los familiares llegan a la finalización del proceso en muchas ocasiones exhaustos mental y físicamente, por ello debemos considerar a sus descendientes como un grupo al que debemos cuidar y apoyar (25).

El duelo empieza tras el fallecimiento y entierro del difunto, pero a veces observamos que este duelo se anticipa siendo un proceso complejo que provoca sufrimiento al paciente y

a la familia que se hallan ante la expectativa de presagiar su propia defunción o la pérdida de un ser querido (25).

El enfrentamiento al duelo es muy particular, íntimo y único, asimismo dinámico y con una duración en el tiempo compleja. Normalmente el duelo finaliza a los seis meses, pero varios autores lo prolongan incluso hasta los dos años. Sin embargo, debemos tener en cuenta que este finalizará cuando el familiar haya aceptado la pérdida, haya sufrido, se haya adaptado al medio, además de poder hablar de la persona fallecida sin dolor (26).

Una vez que el paciente ha fallecido, se debería realizar una llamada de teléfono a la familia en las siguientes dos semanas para valorar la situación y ver cómo está afrontando la pérdida (26).

No obstante, he de decir que durante los siguientes meses tenemos la responsabilidad de continuar con el seguimiento familiar, planificando consultas para proporcionar la educación necesaria sobre los sentimientos normales de duelo (26).

En ocasiones cuando un ser querido fallece, los integrantes del entorno familiar no pueden mitigar la pérdida, pudiendo conllevar a un duelo complicado (25).

Nuestros objetivos de orientación en el duelo hacia la familia conllevarán a (5):

- Aumentar la realidad de la pérdida.
- Ayudar al doliente a expresar su afectividad.
- Ayudar a vencer los impedimentos que evitan el reajuste después de la pérdida.
- Estimular para decir “adiós” al fallecido y sentirse comfortable en la nueva situación.

Conversaciones constantes con el servicio de cuidados paliativos proporcionarán el mejor afrontamiento para la pérdida del ser querido (25) .

Conclusión

La profesión enfermera desempeña una atención integral a pacientes durante el proceso que conlleva una enfermedad en fase terminal. Este tipo de cuidado debe hacer partícipe a la familia para mejorar la cohesión familiar, constituyendo la unidad asistencial como un único grupo de cuidado.

Para que este tipo de atención sea lo más eficaz posible debemos poseer una formación propicia que nos dote de conocimientos, habilidades y estrategias que favorezca nuestras destrezas a la hora de cumplir nuestras funciones, con un enfoque más comprometido, sensible, humanista y emocional.

Observamos que es fundamental la participación de la familia durante los cuidados paliativos, implementando una comunicación de calidad y así mejorando el bienestar emocional, además de proporcionar el confort y la confianza necesaria para que el acompañamiento evolucione de la mejor manera posible; de lo contrario, estaríamos contribuyendo a desarrollar factores que pueden tener repercusiones negativas en la salud física, emocional y social de ambos.

Según el Comité Europeo de Salud Pública, “Se muere mal cuando la muerte no es aceptada, se muere mal cuando los profesionales sanitarios no están formados en el manejo de las reacciones emocionales que emergen en la comunicación con los pacientes; se muere mal cuando se abandona la muerte al ámbito de lo irracional, al miedo, a la soledad, en la sociedad donde no se sabe morir”(3).

Es nuestro deber fomentar la comunicación para promover una muerte digna, respetando los deseos del paciente y haciendo partícipe a la familia para que todo el proceso conduzca a la aceptación del final de la vida, recibiendo el amor y la paz necesaria, facilitando la despedida y así garantizando un duelo adecuado.

Bibliografía

1. López Acosta CE. Los cuidados enfermeros y el bienestar emocional de la persona hospitalizada por enfermedad crónica.[tesis doctoral] El Salvador: Universidad Dr. José Matías Delgado; 2017
2. Organización Mundial de la Salud OMS. Cuidados paliativos. Datos y Cifras. Organ Mund la salud [Internet]. 2020; Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
3. Cuesta Pastor M. Abordaje familiar en los cuidados paliativos. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. 2021;11(2):1–17.
4. Caleron Mercado N, Manrique Romero AM, Manrique Romero M. La comunicación en cuidados paliativos. Paraninfo Digital. 2018;12(28):1–3.
5. Paliativos S española de cuidados. Guía de Cuidados Paliativos SECPAL [Internet]. Available from: <http://www.secpal.com/%5C%5CDocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>
6. Sierra Leguía L, Montoya Juárez R, García Caro MP, López Morales M, Montalvo Prieto A. Experiencia del Cuidador familiar con los cuidados paliativos y al final de la vida TT - Family caregivers experience with the palliative care's and end-of-life. Index de Enfermería [Internet]. 2019;28(1–2):51–55. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000100011&lang=pt%0Ahttp://scielo.isciii.es/pdf/index/v28n1-2/1132-1296-index-28-1-2-51.pdf
7. Brezis M, Lahat Y, Frankel M, Rubinov A, Bohm D, Cohen MJ, et al. What can we learn from simulation-based training to improve skills for end-of-life care? Insights from a national project in Israel. Israel Journal of Health Policy Research. 2017;6(1):1–9.
8. Wittenberg E, Goldsmith J, Ferrell B, Buller H, Mendoza Y, Ragan SL. Palliative care communication: Outcomes from comfort™ SM, a train-the-trainer course for providers. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2020;24(1):1–6.
9. Achury DM, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. Vol. 13, Enfermería Universitaria. 2016;13(1): 55–60.

10. Gerber K, Lemmon C, Williams S, Watt J, Panayiotou A, Batchelor F, et al. 'There for me': A qualitative study of family communication and decision-making in end-of-life care for older people. *Progress in Palliative Care*. 2020;28(6):354–361.
11. Cejudo López Á, López López B, Duarte Rodríguez M, Crespo Serván MP, Coronado Illescas C, de la Fuente Rodríguez C. El pacto de silencio desde la perspectiva de las personas cuidadoras de pacientes paliativos. *Enfermería Clínica*. 2015;25(3):124–132.
12. Brighton LJ, Selman LE, Bristowe K, Edwards B, Koffman J, Evans CJ. Emotional labour in palliative and end-of-life care communication: A qualitative study with generalist palliative care providers. *Patient Education and Counseling*. 2019;102: 494–502.
13. Espíndola AV, Quintana AM, Farias CP, München MAB. Relaciones familiares en el contexto de los cuidados paliativos. *Revista Bioética*. 2018;26(3):371–377.
14. Cho HL, Grady C, Tarzian A, Povar G, Mangal J, Danis M. Patient and Family Descriptions of Ethical Concerns. *Am J Bioeth*. 2020;20(6):52–64.
15. Nyatanga B. Back to basics: Communication in palliative care. *Br J Community Nurs*. 2022;27(1):46–47.
16. Pades Jiménez A. La comunicación como esencia en el arte de cuidar. *Cultura de los Cuidados*. 2021;25(61):1–7.
17. McGinley JM, Waldrop DP. Navigating the Transition from Advanced Illness to Bereavement: How Provider Communication Informs Family-related Roles and Needs. *J Soc Work End-of-Life Palliat Care*. 2020;16(2):175–198.
18. Ferrell B, Buller H, Paice JA. Communication skills. Use of the interprofessional Communication Curriculum to address physical aspects of care. *CIM Mag*. 2014;9(1):63–66.
19. Brighton LJ, Selman LE, Gough N, Nadicksbernd JJ, Bristowe K, Millington-Sanders C, et al. 'Difficult Conversations': Evaluation of multiprofessional training. *BMJ Support Palliat Care*. 2018;8(1):45–48.
20. Noordman J, Van Vliet L, Kaunang M, Van Den Muijsenbergh M, Boland G,

- Van Dulmen S. Towards appropriate information provision for and decision-making with patients with limited health literacy in hospital-based palliative care in Western countries: A scoping review into available communication strategies and tools for healthcare provider. *BMC Palliat Care*. 2019;18(1):1–11.
21. Hagan TL, Xu J, Lopez RP, Bressler T. Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurse Education Today*. 2018;61:216–219.
 22. Brighton LJ, Bristowe K. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. *Postgr Med [Internet]*. 2016;92:466–470. Available from: extension://mbcgpelmjnpfbdnkbebdlfjmeckpnhha/enhanced-reader.html?pdf=https%3A%2F%2Fbrxt.mendeley.com%2Fdocument%2Fcontent%2F390356e9-d0ea-36da-8bee-5bad348ae0c9
 23. Kerr D, Ostaszkiwicz J, Dunning T, Martin P. The effectiveness of training interventions on nurses' communication skills: A systematic review. *Nurse Education Today*. 2020;89(104405):104405.
 24. Lemus-riscanevo P, Arias-rojas M, Carreño-moreno S. Conspiración del silencio en los cuidados paliativos : un análisis conceptual. *Indian Journal Palliative Care [Internet]*. 2019;25(1):24–29. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6388587/>
 25. Barrios García-Mochales C. Proyecto Educativo sobre la preparación familiar al duelo ante la pérdida de un ser querido con enfermedad oncológica en cuidados paliativos. *Escuela de enfermería y fisioterapia*. San Juan de Dios. 2021.1-59.
 26. Navarro Hernández L. Protocolo de actuación de enfermería ante el duelo complicado en el cuidador familiar del paciente oncológico terminal [Internet]. 2021.1-39. Available from: <https://zaguan.unizar.es/record/107270>

Anexos

Estrategia de búsqueda bibliográfica			
Pregunta de Investigación	Comunicación eficaz para el manejo emocional de la familia		
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - General: Pautas generales de comunicación con la familia - Específico 1: Establecer las bases de la comunicación con la familia. - Específico 2: Comunicación como medio para fomentar la expresión emocional. 		
Palabras clave Key words	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación, familia, enfermería, habilidades, cuidados paliativos. - Communication, family, nursing, skills, palliatives care. 		
Descriptores	Se presentarán en castellano e inglés, a partir consultas realizadas en DeCS		
		Castellano	Inglés
	Principal	Comunicación	Communication
	Secundario/s	Personal enfermería Familia	Nursing care Family
Marginal/es	Habilidades	Skills	
Operadores booleanos	Especificar los tres niveles de combinación con booleanos		
	1er nivel	(Communication) AND (Palliatives care) AND (Family Nursing)	
	2do nivel	(Communication) AND (Palliatives care) AND (Family)	
3er nivel	(Communication) AND (Palliatives care) AND (Family Nursing) AND (Skills)		
Áreas de conocimiento	Ciencias de la Salud (Enfermería, Psicología, Medicina) Justificación: la selección de las bases de datos está basada en el área de conocimiento del estudio, para que se puedan obtener las fuentes primarias y secundarias para asegurar la efectividad y evitar sesgo de selección de documentación.		

Selección de bases de datos	Metabuscadore EBSCOhost X BVS X Otras (especificar)	Bases de datos específicas PubMed X Embase IBECs X LILACS X CINHAl Otras (especificar)	Bases de datos revisiones Cochrane X Otras (especificar)	
Límites	Años de publicación	La selección de la documentación científica de los últimos 5 años		
	Idiomas	Castellano e inglés		
	Tipos de publicación			
	Otros límites	1.Documentos de acceso a texto completo 2.Exclusión de literatura gris 3.Descriptores incluidos en los tesauros		
Resultados de la búsqueda				
Metabuscadore	EBSCOhost			
Límites introducidos	La selección de la documentación científica de los últimos 5 años. Castellano e Inglés.			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 26	Resultado final	
	2do nivel	Nº 275		
	Otros	Nº 169	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias	X	
Metabuscadore	BVS			
Límites introducidos	La selección de la documentación científica de los últimos 5 años. Castellano e Inglés.			
Resultados por	1er nivel	Nº 0	Resultado final	

niveles de combinación booleana	2do nivel	Nº 0	
	Otros	Nº 0	Criterios de exclusión
			Sin interés para mi tema de investigación
			Déficit de calidad del estudio
			Dificultades para la obtención de fuentes primarias
Base de Datos Específica 1	PubMed		
Límites introducidos	La selección de la documentación científica de los últimos 5 años. Castellano e Inglés.		
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 605	Resultado final
	2do nivel	Nº 879	
	Otros	Nº 124	Criterios de exclusión
			Sin interés para mi tema de investigación
			Déficit de calidad del estudio
Dificultades para la obtención de fuentes primarias			
Base de Datos Específica 2	IBECS		
Límites introducidos	La selección de la documentación científica de los últimos 5 años. Castellano e Inglés.		
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 0	Resultado final
	2do nivel	Nº 0	
	Otros	Nº 0	Criterios de exclusión
			Sin interés para mi tema de investigación
			Déficit de calidad del estudio
Dificultades para la obtención de fuentes primarias			
Base de Datos Específica 3	LILACS		
Límites introducidos	La selección de la documentación científica de los últimos 5 años.		

	Castellano e Inglés.			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 0	Resultado final	
	2do nivel	Nº 0		
	Otros	Nº 0	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	
			Déficit de calidad del estudio	
			Dificultades para la obtención de fuentes primarias	
Base de Datos Específica 4	ERIC			
Límites introducidos	La selección de la documentación científica de los últimos 5 años. Castellano e Inglés.			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 32	Resultado final	
	2do nivel	Nº 18		
	Otros	Nº 18	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
			Dificultades para la obtención de fuentes primarias	X
Base de Datos Específica 5	CUIDEN PLUS			
Límites introducidos	La selección de la documentación científica de los últimos 5 años. Castellano e Inglés.			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 0	Resultado final	
	2do nivel	Nº 0		
	Otros	Nº 0	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
			Dificultades para la obtención de fuentes primarias	X
Base de Datos	SCOPUS			

Específica 6				
Límites introducidos	La selección de la documentación científica de los últimos 5 años. Castellano e Inglés.			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 294	Resultado final	
	2do nivel	Nº 137		
	Otros	Nº 31	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias	X	
Base de Datos de Revisiones	Cochrane			
Límites introducidos	La selección de la documentación científica de los últimos 5 años. Castellano e Inglés.			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 0	Resultado final	
	2do nivel	Nº 0		
	Otros	Nº 0	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
Obtención de la fuente primaria				
Directamente de la base de datos			X	
Préstamo interbibliotecario (Biblioteca UIB)				
Biblioteca digital de la UIB			X	
Biblioteca física de la UIB				
Otros (especificar)			X Google scholar X SECPAL X OMS	