



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2024-2025
Trabajo de Fin de Grado

**“LA ENFERMERA COMO GESTORA DE
LOS CUIDADOS HUMANIZADOS:
UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS”**

Lorena Martin Caruncho

Tutor/a: Laura Morchon Álvarez



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2024-2025
Trabajo de Fin de Grado

Agradecimientos

Dedicado a todos aquellos pacientes que como enfermeras no supimos atender sus necesidades cuando más lo necesitaban, espero que este trabajo sirva de guía en el camino.

Curso 2024-2025

Trabajo de Fin de Grado

Resumen

Introducción: El paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Paliativos, tras el diagnóstico de una enfermedad incompatible con la vida, experimenta una situación de vulnerabilidad mayor. Será labor de la enfermera aplicar un cuidado humanizado desde un enfoque más holístico, empleando técnicas como la empatía, el respeto de la autonomía y medidas no farmacológicas priorizando una calidad asistencial. Además, la construcción de una relación profesional-paciente-familia evitando una asistencia despersonalizada.

Objetivo: Analizar el beneficio obtenido por los pacientes al aplicar el cuidado humanizado y la búsqueda de herramientas que ayuden en su aplicación.

Metodología: Revisión sistemática de los cuidados humanizados en pacientes paliativos. Tras la búsqueda en bases de datos tales como Dialnet, Scielo, se seleccionaron 10 artículos.

Resultados: Las principales características que definieron el cuidado humanizado fueron: la empatía, el compromiso, la coordinación del equipo multidisciplinar, la comunicación, el respeto de la Autonomía y el entorno entre otros. También se establecieron herramientas para facilitar la relación enfermera-paciente, tales como la elaboración de un Plan de Cuidados individualizado.

Conclusiones: A pesar de cada vez son más los hospitales que implementan este tipo de cuidados en sus unidades, la falta de formación al respecto y la ausencia de recursos dificultan su correcta aplicación.

Palabras clave: “Cuidado humanizado”, “Paciente en fase final de vida”, “enfermera”.

Curso 2024-2025

Trabajo de Fin de Grado

Abstract

Introduction: Patients admitted to the Palliative Care Unit, following the diagnosis of a life-limiting illness, experience a heightened state of vulnerability. It is the nurse's duty to provide humanized care through a holistic perspective, employing techniques such as empathy, respect for autonomy, and non-pharmacological measures, all while prioritizing the quality of care provided. Moreover, fostering a strong and compassionate relationship between the nurse, the patient, and their family is essential to avoid depersonalized care.

Objective: Analyze the benefits derived from the application of humanized care and to explore practical tools that facilitate its effective integration into nursing practice.

Methodology: A systematic review of humanized care in palliative patients. After conducting a search in databases such as Dialnet and Scielo, 10 articles were selected.

Results: The main characteristics defining humanized care included: empathy, commitment, coordination among the multidisciplinary team, communication, respect for autonomy, and the care environment, among others. Tools to support the nurse-patient relationship were also identified, such as the development of individualized care plans.

Conclusions: Although an increasing number of hospitals are incorporating this type of care into their units, the lack of specialized training and the shortage of resources continue to hinder its effective implementation.

Keywords: "Humanized care," "End-of-life patient," "Nurse."

Curso 2024-2025
Trabajo de Fin de Grado

Índice

Contenido

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS	4
OBJETIVO GENERAL:.....	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	4
METODOLOGÍA	5
DISEÑO.....	5
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	6
ESTRATEGIA DE SELECCIÓN.....	7
HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA	7
RESULTADOS.....	8
DISCUSIÓN.....	9
ESQUEMA DAFO	14
CONCLUSIONES	15
BIBLIOGRAFÍA.....	21
ANEXO I.....	24

Curso 2024-2025
Trabajo de Fin de Grado

Índice de Tablas

Tabla 1: Esquema PICO Fuente: Elaboración propia	4
Tabla 2: DeCS y MeSH.....	6
Tabla 3: Herramientas de búsqueda. Fuente: Elaboración propia	6
Tabla 4. Criterios de elegibilidad. Fuente: Elaboración propia	7
Tabla 5 Niveles de evidencia JBI. Fuente: Elaboración propia (16)	24
Tabla 6 Grado de recomendación del JBI. Fuente: Elaboración propia (15).....	24
Tabla 7. Principales características de los estudios seleccionados. Fuente: Elaboración propia	25

1. Introducción

Desde el inicio de la enfermería, esta siempre ha estado centrada en el cuidado del enfermo. Definida como *“La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas”* (CIE, 2002) (1). Con la llegada de las primeras pioneras del cuidado tales como Florence Nightingale o Virginia Henderson, una nueva corriente surgió, moldeando este concepto y otorgando importancia a la profesión. Gracias a ello, hoy en día, el paciente es acogido por la enfermera sin prejuicios, estableciendo una relación basada en la confianza paciente-profesional facilitando así la aplicación terapéutica (2) (3)

Lo que diferencia la enfermería del resto de profesiones va más allá del plano teórico o de las habilidades técnicas que tenga el profesional. Toda enfermera debe respetar las creencias y derechos de las personas a las que presta cuidados. Para ello, debe realizar el trabajo de forma tolerante, sin juzgar y en base a la empatía. Jean Watson, estableció su propia teoría acerca “El cuidado Humanizado”, donde describe la necesidad de aplicar un cuidado no puramente técnico sino alcanzar el equilibrio entre mente, cuerpo y alma (3) (4).

Actualmente, la profesión mantiene su principal función, a pesar de que en muchos aspectos la calidad de esta se haya visto menguada. Las nuevas generaciones de enfermeras mantienen la creencia de que la aplicación de un trato terapéutico correcto es suficiente, por lo que “el cuidado humanizado” está en segundo plano. No obstante, este participa activamente en la promoción del bienestar, especialmente durante el proceso de hospitalización, el cual posiciona al paciente en una situación de vulnerabilidad. No lo emplean todos los profesionales, a pesar de que con su aplicación se consigue un cuidado integral e individualizado. Esto se debe a la falta de estudios realizados al respecto, además de la falta de enseñanza durante la carrera universitaria (5) (6).

Por otro lado, la llegada de las nuevas tecnologías ha supuesto un gran avance para la sanidad de nuestro país. Gracias a ellas, se garantiza un control más exhaustivo del paciente, facilitando la labor de la enfermera en muchos aspectos. Sin embargo, el exceso de tecnificación realizada supone la pérdida del contacto con el paciente, además de la falta de comunicación como consecuencia directa, lo que origina un trato más superficial y despersonalizado en los pacientes (5) (7).

Durante esta revisión sistemática incidiremos en pacientes en fase final de vida, donde es imperativo el uso del cuidado humanizado que mencionamos anteriormente. Entendiendo la enfermedad en fase terminal como *“Etapa final de una enfermedad avanzada y progresiva, donde existe daño irreversible y no hay tratamiento curativo posible. Pronóstico de vida limitado, gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico.”* (Revista Horizonte Médico Volumen 20 jul-sep 2020) (8). Durante su estancia hospitalaria, se realizará un acompañamiento del enfermo y de la familia, de forma que las necesidades sanitarias queden cubiertas (9) (10).

2. Justificación

Desde sus inicios, la enfermera siempre ha sido la figura de acompañamiento del enfermo. Los pacientes en proceso terminal, al ser diagnosticados de una enfermedad amenazante para la vida, se considera que padecen una vulnerabilidad mayor de la habitual debido al proceso emocional que los acompaña. Los pacientes ingresados, no solo están en un entorno desconocido, sino que tienen que lidiar con una enfermedad terminal en un proceso de dolor que excede el habitual. Además, este tipo de unidades hospitalarias son relativamente modernas, por lo que, en muchas ocasiones, el profesional no ha tenido oportunidad de formarse previamente. Habitualmente, la enfermera está en contacto continuo con el paciente, por ello, será más sencillo establecer una relación terapéutica. La aplicación de los cuidados humanizados tales como la empatía e incluso la comunicación no verbal, entre otros influirían en la calidad de vida de la paciente (4) (8).

Se realiza el estudio con el fin de demostrar el beneficio que pueden obtener los pacientes tras la aplicación del cuidado humanizado, especialmente los pacientes en fase final de vida. Además, se busca la mejora de la instrucción y educación de los sanitarios. Ampliando la información obtenida acerca del mismo, realizando hincapié en los estudios universitarios, cursar una asignatura que sienta sus bases en la comunicación del enfermo, entre otras. Además, la creación de un taller o cursos de humanización para aquellos profesionales que quieran ampliar el conocimiento sobre el mismo (7).

Se realiza el esquema PICO:

Tabla 1: Esquema PICO Fuente: Elaboración propia

P (Paciente)	Pacientes en Fase Final de Vida
I (Intervención)	Aplicación del “Cuidado Humanizado” durante su estancia hospitalaria
C (Comparación)	No aplicación de este
O (Outcome)	Relación terapéutica integral Paciente-Profesional + Beneficio en la calidad de vida del paciente

¿Es posible mejorar la calidad de vida de los pacientes en fase final de vida durante su estancia hospitalaria, tras la aplicación de un cuidado humanizado?

3. Objetivos

Objetivo general:

Analizar el beneficio en la calidad de vida de los pacientes fase final de vida y sus familias tras aplicar un cuidado humanizado.

Objetivos específicos:

- Determinar factores que favorezcan la aplicación del cuidado humanizado
- Definir herramientas que ayuden a establecer una relación terapéutica integral profesional-paciente-familia.

4. Metodología

Diseño

El estudio realizado consiste en una revisión sistemática en la que se analizan los beneficios obtenidos en la calidad de vida de los pacientes en fase final de vida, tras la aplicación de un cuidado humanizado durante su estancia hospitalaria. Además, cómo tras la aplicación de este se establece una relación más cercana con el enfermo y la familia, desde el punto de vista de la enfermera.

Durante el estudio analizaremos la aplicación terapéutica del mismo, **centrada en la empatía, tratamiento individualizado y respeto** en un entorno de cuidados hospitalarios y sus resultados en la evolución de los pacientes con respecto a su duelo contra la enfermedad, frente a la no aplicación de estos (6).

Las líneas de investigación que abarcaremos serán artículos relacionados con el cuidado humanizado publicados en los últimos 11 años. Estudios en español, portugués e inglés. Artículos sobre la aplicación de dichos cuidados en pacientes en fase final de vida en entorno hospitalario o bien domiciliario. Además, de cómo dichos factores influyen en la relación terapéutica establecida.

Entre **las principales limitaciones** encontradas destacan, el déficit de artículos acerca del cuidado humanizado aplicado sobre pacientes paliativos hospitalizados. Debido a ello, se ha ampliado el rango de búsqueda incluyendo a pacientes en fase final de vida, entre los que se incluyen pacientes con enfermedades terminales, pacientes oncológicos, ingresados en UCI etc.

La estrategia de búsqueda empleada ha consistido en la consulta de las principales bases de datos disponibles, basadas en evidencia científica, a nivel nacional e internacional. El periodo de consulta de dichos artículos se establece de enero a mayo de 2025. Se toma como referencia el cumplimiento de las normas de prisma (11).

Estrategia de búsqueda

Durante la búsqueda se emplearon términos de búsqueda tales como Descriptores de las Ciencias de Salud (DeCS) en español y en Inglés, Medical Subject Healings (MeSH).

Tabla 2: DeCS y MeSH Fuente: Elaboración propia

DeCS	MeSH
Atención Humanizada	Humanization of assistance
Cuidados Paliativo	Palliative care
Cuidados humanizados	Humanized care
Final de vida	End of life
Enfermera-Paciente	Nurse-Patient

Además, se realizó en combinación del operador booleano, “AND”

Tabla 3: Herramientas de búsqueda. Fuente: Elaboración propia

BASES DE DATOS	SCIELO
	DIALNET
	ResearchGate
REVISTAS CIENTÍFICAS	Revista científica Cultura de los Cuidados
	Medigraphic (Revista Salud, Ciencia y Tecnología)
	BMC Palliative Care
	Elsevier (ScienceDirect: Revista Medicina Paliativa)
REPOSITORIO INSTITUCIONAL	UvaDoc

Estrategia de selección

Para llevar a cabo la selección de artículos más adecuados para el estudio, se han establecido algunos criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 4. Criterios de elegibilidad. Fuente: Elaboración propia

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Artículos publicados en torno a 2014-2025	Publicaciones anteriores al 2014
Artículos en español, inglés o portugués	Artículos en idiomas diferentes al español, inglés o portugués.
Artículos de pacientes en final de vida	Artículos que no traten del paciente terminal
Artículos que mencionen la aplicación del cuidado humanizado	Artículos que no mencionen los cuidados humanizados de enfermería
Artículos completos gratuitos.	Artículos sin acceso completo

Herramientas de evaluación de la evidencia

Para llevar a cabo, la clasificación de los estudios según su nivel de evidencia y determinar así el grado de recomendación de esta revisión sistemática, se emplearon los niveles de evidencia de del Instituto Joanna Briggs. Se optó por el Nivel 4.

El grado de recomendación hace referencia al balance de riesgos y beneficios, por lo que se optará por una recomendación fuerte de grado A, ya que puede confirmar que los efectos terapéuticos positivos superan las posibles complicaciones (12) (13).

5. Resultados

Artículos seleccionados

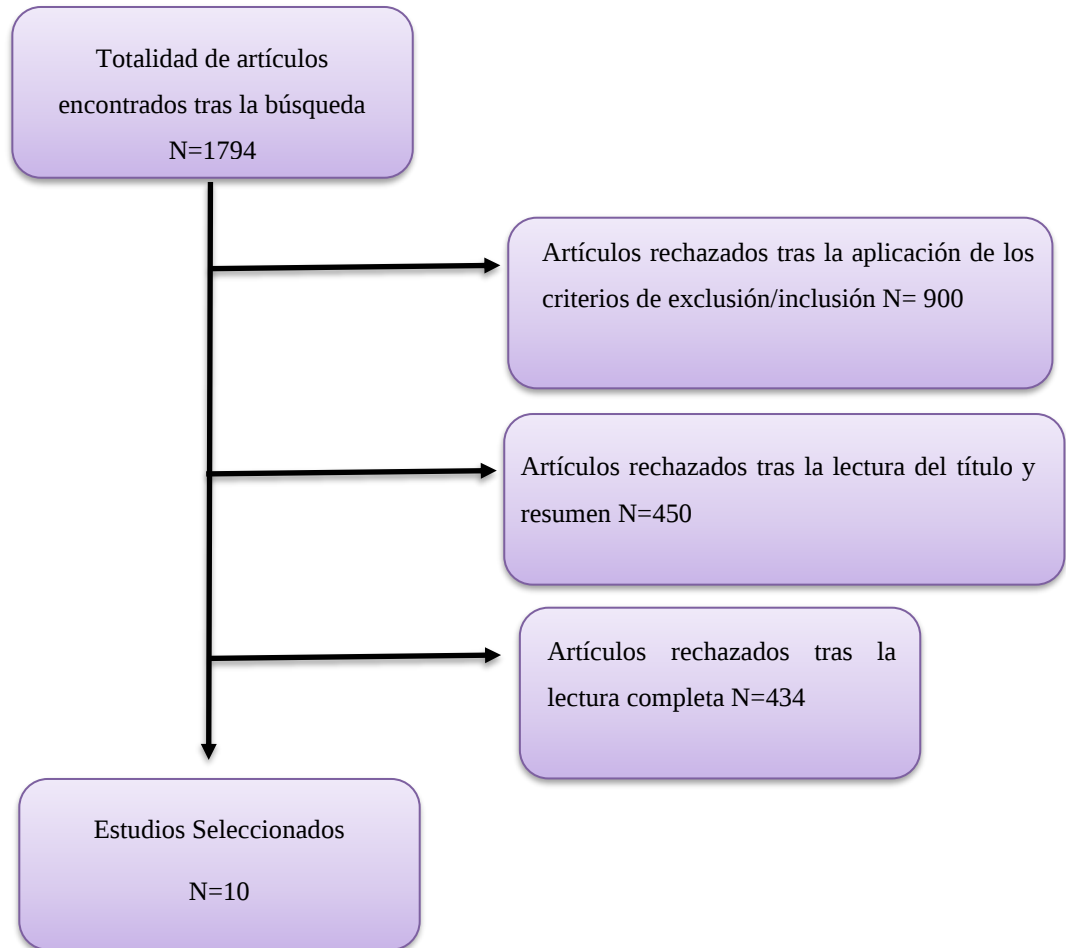


Ilustración 1. Diagrama de Flujo del Proceso de selección. Fuente Elaboración propia

Resultados de los artículos seleccionados en el Anexo I, tabla 6.

Tras la aplicación de los criterios anteriormente mencionados el número de artículo se redujo de 1794 a 900. Tras la lectura pertinente del título y del resumen se descartaron 450 artículos. Continuando con la revisión, tras la lectura completa de los artículos, posteriormente se aplicaron los respectivos métodos de evaluación de calidad metodológica. Se emplearon las herramientas de Prisma. Finalmente, se emplearon 10 artículos para la revisión (11).

6. Discusión

Los estudios indican que los enfermeros deben ser capaces de identificar precozmente las necesidades de los pacientes y familiares para ofrecer cuidados eficaces y de calidad. Además, de **no abandonar los cuidados habituales tales como, cambios posturales, higiene, alimentación, movimiento articular, integridad de la piel** entre muchos otros. Será clave proporcionar información y educación respecto a sus cuidados, patología, pronóstico, síntomas comunes y alternativas de tratamiento. Incluyendo, terapias no farmacológicas para el alivio al dolor, cuidados con la medicación y prevención de complicaciones. Finalmente, la derivación a servicios de apoyo cuando sea preciso (14).

El ingreso del paciente en la planta hospitalaria supone uno de los momentos más importante de su vida. Por ello, la acogida debe ser empática, respetuosa de su autonomía, creencias y valores personales. El abordaje terapéutico debe ser integral y adecuado a sus circunstancias individuales. Siempre facilitando su adaptación en la medida de lo posible.

El enfermero que atiende a pacientes que tienen un pronóstico vital en el contexto de una situación clínica irreversible, debe ofrecer una asistencia integral y humanizada al paciente y a sus familias. Además, garantizar el acceso a recursos prácticos y psicosociales, así como la valoración de integrar cuidados humanizados tempranos en el plan de tratamiento (15).

6.1. Factores que favorecen la aplicación de Cuidado Humanizado

La asistencia humanizada consiste en proporcionar cuidados individualizados, centrados en conocer **las particularidades biográficas de cada paciente**, con el objetivo de adaptar medidas terapéuticas. Entre las características más destacables se encuentra el manejo de síntomas, seguido por la educación del paciente y su entorno, la coordinación asistencial, apoyo espiritual/existencial y servicio de duelo (16).

La humanización del cuidado implica intervenir en diferentes dimensiones y contextos en los que tiene lugar la asistencia sanitaria. Por eso, también se humanizan las infraestructuras, con el fin de favorecer la accesibilidad y funcionalidad de los espacios, así como también crear ambientes acogedores sin comprometer la practicidad (16).

Durante su estancia hospitalaria, acciones sencillas como permitir que el paciente coloque su nombre en la cama en lugar de un número, o que decore su espacio con dibujos o fotografías personales, pueden contribuir significativamente a que se sienta **acogido y valorado en su nuevo entorno**. En ocasiones, al realizar un ingreso habitual, los pacientes expresan sentirse despersonalizados debido al sistema biomédico que tiende a priorizar la enfermedad por encima de la individualidad (17).

En cuanto a la **planta hospitalaria**, especialmente en las áreas de uso común, es fundamental que estén diseñadas para ofrecer un ambiente acogedor y tranquilo. Tanto el mobiliario como la decoración deben contribuir a generar **una sensación de bienestar**, favoreciendo así la adaptación del paciente al entorno. Se recomienda priorizar la iluminación natural, utilizar colores claros en las paredes, garantizar acceso visual al exterior y disponer de cortinas separadoras para preservar la intimidad, especialmente en habitaciones compartidas (18) (4).

Se pretende promover la creación de “hospitales saludables” que ofrezcan habitaciones con vistas a jardines y a naturaleza. Es decir, convertir en “hogar” las habitaciones hospitalarias, mediante el uso de herramientas de humanización. Durante un estudio comparativo realizado por **Puig en 2021** se analizó la arquitectura de 3 hospitales infantiles ubicados en Londres, Barcelona y Melbourne. Este demostró, que en estos hospitales los estímulos sensoriales eran determinantes en el estado emocional de los pacientes y, por ende, en su proceso de recuperación (16).

Mantener informados al paciente y a su familia constituye uno de los pilares fundamentales del cuidado enfermero. Sin embargo, mantener una comunicación abierta es una de las actividades más complejas para llevar a cabo por el profesional, especialmente en situación de terminalidad. Para fomentar la colaboración y la adherencia al tratamiento, es esencial promover la participación activa del paciente en la toma de decisiones, fortaleciendo así su autonomía. Tal y como especifica **la Ley 41/2002 autonomía del Paciente**. Estableciendo así, que todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente. Este principio establece el respeto por las personas, determinando que los individuos deben tratarse como seres autónomos y aquellas personas cuya autonomía esté disminuida deben ser objeto de protección. Asimismo, para preservar dicha autonomía, actividades como caminar, salir al jardín a tomar el sol o involucrarse en pasatiempos significativos contribuyen a que el paciente mantenga su sentido de identidad y dignidad. Fomentar esta independencia, permite que retome en la medida que su estado lo permita, aquellas actividades que disfrutaba antes de la enfermedad, favoreciendo así su bienestar emocional y psicosocial (17) (19) (25).

A raíz de ello, en caso de que el profesional de la salud precisase de su uso, este, dispone de dos herramientas jurídicas relativamente nuevas. Destacando, el privilegio terapéutico o **limitación externa**, entendiendo esto como “*el derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica*”. Es decir, se informará previamente al paciente, siempre y cuando el conocimiento de dicha información no le perjudique a su salud de manera grave. Por otro lado, surge el derecho a no saber o también conocido como **limitación interna**. Definida como “*el paciente decide en sentido negativo el flujo de información que recibe*”. Ambos serán herramientas que dispondrán tanto el profesional como el paciente en caso de que fuera necesario su uso (20) (21).

Continuando con la **comunicación**, esta nos permitirá conocer el mundo interior del paciente y las consecuencias de su enfermedad. Para lograr que esta sea efectiva, se recomienda utilizar un lenguaje claro y no técnico, mantener el contacto visual, emplear un tono de voz adecuado, respetar los silencios necesarios y practicar la escucha activa, asegurando así una comprensión plena del mensaje. La actitud durante la misma debe ser cercana, nunca de pie o con los brazos cruzados. La aplicación de estas técnicas favorece el establecimiento de una comunicación adecuada tanto con el paciente como con su familia. A través de este proceso, el personal sanitario desarrollará la capacidad de escuchar de manera empática, identificar señales no verbales y responder de forma adecuada a las necesidades de información y apoyo emocional que puedan surgir. Respecto al paciente, esta implicación contribuye a elevar su autoestima, disminuir los niveles de ansiedad y favorecer su adaptación psicosocial frente a la enfermedad (4; 15; 17; 21).

La actitud del equipo multidisciplinar debe caracterizarse por la amabilidad, la disposición y la calidez, desde el momento del ingreso del paciente y a lo largo de todo el proceso asistencial. Esta actitud contribuye a generar un ambiente de confianza y seguridad, fundamental en este tipo de cuidado. Esta vendrá determinada por dos principios fundamentales de la enfermería, tales como **El Principio de Beneficencia**. Este se basa en la necesidad de no hacer daño, protegiendo los derechos del paciente. Indica la necesidad de buscar y dar la mejor opción. Hay una obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Y también se destaca **El Principio de No Maleficencia**, el cual, trata precisamente de evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico (4; 19; 22)

Respetar los valores y las creencias del paciente será un pilar fundamental del cuidado. Es ahí donde entra **la espiritualidad**, la cual constituye un componente clave en el bienestar integral de los pacientes en situación terminal. Tras recibir un diagnóstico de enfermedad avanzada y durante su estancia en una unidad hospitalaria, muchos encuentran consuelo y fortaleza en sus creencias religiosas, valorando la proximidad de

una capilla, solicitando la visita de capellán como parte del acompañamiento espiritual. En muchos casos, los pacientes han realizado previamente un **Documento de Voluntades Anticipadas (DVA)** el cual, constituye un documento de instrucciones sanitarias para que sean tenidas en cuenta en el caso de que la persona haya perdido su capacidad de decisión permanentemente. Algunos pacientes dejan constancia de sus últimas voluntades espirituales/religiosas en este documento (23).

Como **futuras líneas de investigación**, se debe contemplar el duelo que padecen los profesionales tras no poder atender adecuadamente las demandas del paciente previas al fallecimiento. En ocasiones, es el propio profesional el que entra en un conflicto interno ya que no puede aportar lo que necesita el enfermo, por ello, se debe aumentar la investigación en el campo. Aquellos enfermeros que han aplicado un cuidado humanizado son conscientes de su mejoría, por lo que sienten que han ayudado al paciente de una forma efectiva.

Además, entre los factores evaluados en la asistencia terapéutica, se han identificado que las dimensiones menos cubiertas son aquellas relacionadas con el acompañamiento emocional y espiritual, así como la comunicación efectiva y la honestidad en la transmisión de información. Estos aspectos requieren especial atención para garantizar una atención verdaderamente integral y humanizada (4; 21).

7. Esquema DAFO

ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
Debilidades La falta de información en lo referente a la aplicación de cuidados humanizados. Limitación en los recursos.		Amenazas Falta de recursos financieros y humanos. Sobresaturación del sistema sanitario.	
Fortalezas Se han encontrado variedad de artículos en los referentes a pacientes paliativos. La humanización de los cuidados siempre ha sido algo presente en la sociedad.		Oportunidades Futuras líneas en el beneficio sobre los pacientes de la aplicación de cuidados humanizados. Políticas nuevas de salud que favorecen la atención integral. Avances tecnológicos y de formación Formación de cuidados humanizados durante el grado.	

8. Conclusiones

A lo largo de la historia, la medicina ha tratado de prolongar la vida, en ocasiones mediante intervenciones intensivas como la reanimación o el uso de soporte vital, prácticas que, en ocasiones, llevan al encarnizamiento terapéutico. Sin embargo, en el contexto del padecimiento de una enfermedad grave e incurable que amenaza la vida, es fundamental reconocer al paciente como sujeto autónomo en la toma de decisiones, con pleno derecho a aceptar o rechazar intervenciones según su percepción de calidad de vida. El final de la vida constituye uno de los temas más tratados por la bioética. Garantizar una muerte digna, se ha convertido en una demanda social, sin embargo, no siempre se produce de la forma más adecuada. Tanto los sistemas sanitarios como las guías de prácticas clínica deben dar respuesta a esta necesidad, reconociendo que una atención de calidad al final de la vida es un derecho del paciente y un deber de los profesionales (16).

8.1. Establecer herramientas para una Relación Terapéutica Profesional-Paciente-Familia

La relación terapéutica entre enfermera paciente permite dar respuesta humana al sufrimiento, algo que los tratamientos farmacológicos por sí solos no pueden lograr. **Moro y González en 2022** establecieron que la relación entre las enfermeras y el paciente y/o su entorno es fundamental para promover un vínculo afectivo y de confianza cuyo fin es promover la calidad de los cuidados. Para lograrlo, es necesario que los profesionales desarrollen cualidades humanizadoras como **la preparación psicológica, responsabilidad, sensibilización, escucha activa, disponibilidad y respeto**, ya que estas favorecen una comunicación eficaz que contribuya a mejorar la calidad de vida. Debido a ello, el estudio se centra en explorar la percepción del cuidado humanizado de enfermería hacia el paciente en fase final de vida, ya que este ámbito de atención se caracteriza por su enfoque centrado en la persona. En él, la fragilidad y el sufrimiento del enfermo y/o familia incitan a considerar el respeto por la vida y la dignidad humana como pilares esenciales de su labor (16; 17; 24; 25).

Uno de los pilares esenciales del cuidado humanizado es reconocer la individualidad de cada persona. Para ello, es necesario diseñar **un Plan de Cuidados** personalizado que permita la adaptación del paciente a su nueva realidad, promoviendo la adaptación de su situación dentro del entorno hospitalario (4).

Asimismo, para ofrecer una atención integral, se requiere de la existencia de espacio físicos y emocionales donde tanto el paciente como sus familiares se sientan acogidos. En estos espacios debe facilitarse la expresión de emociones, la identificación de preocupaciones, redes de apoyo, el acceso a información personalizada, la orientación en la toma de decisiones, así como el acompañamiento en prácticas de autocuidado. Estos recursos son esenciales para fortalecer la relación terapéutica y favorecer un abordaje verdaderamente humanizado del proceso de enfermedad (18).

Una estrategia que ha demostrado ser efectiva en la atención paliativa consiste en **incorporar a los familiares en las sesiones clínicas** del equipo multidisciplinario. Esta práctica permite una mejor comprensión del estado del paciente, favorece la toma de decisiones compartidas y fortalece el vínculo entre el equipo de salud y el entorno familiar. No obstante, su implementación ha sido limitada, observándose principalmente en centros hospitalarios de Estados Unidos y Canadá (21).

La enfermera tiene un papel fundamental en el **momento del ingreso**, siendo responsable de informar a los familiares y, en muchos casos, de coordinar y regular su acceso a la unidad. La participación activa de la familia representa una fuente importante de apoyo social, lo que contribuye a reducir los niveles de ansiedad y estrés tanto en el paciente como en sus seres queridos. Su presencia favorece una comprensión más profunda de las necesidades del paciente, ya que son quienes mejor lo conocen. Esta cercanía facilita una mayor implicación en los cuidados básicos, como la higiene y la alimentación, fortaleciendo así el vínculo asistencial y mejorando la calidad del cuidado prestado (25).

La comunicación es eficaz, base de esta relación terapéutica, debe estar sustentada en cualidades como la responsabilidad, el compromiso, la sensibilización, la amabilidad, la escucha activa, la disponibilidad y el respeto. Estos elementos no solo fortalecen el vínculo asistencial, sino que también contribuyen directamente a mejorar la calidad de vida del paciente (18).

En relación con la familia, la mayoría manifiesta **percibir una carencia en la comunicación** durante el proceso asistencial, valorando especialmente aquellos momentos en los que reciben información clara y directa. En este contexto, mantener una actitud empática por parte de la enfermera resulta esencial para identificar adecuadamente las necesidades de la familia y mejorar su experiencia durante el acompañamiento del paciente (4; 21).

La confianza, una de las características más relevantes para el mantenimiento de la relación terapéutica, se relaciona estrechamente con la honestidad y la veracidad. Para proporcionar confianza es fundamental, aportar información veraz y precisa sobre el diagnóstico, las intervenciones, los resultados y el pronóstico. Sin embargo, siempre respetando los deseos de saber del paciente y/o de la familia (26).

La compasión, será otro de los pilares fundamentales del cuidado, entendido como la capacidad de empatizar con el dolor ajeno y actuar para aliviarlo. La labor de la enfermera será realizarlo a través de intervenciones técnicas como el manejo del dolor mediante analgesia, pero también mediante el acompañamiento emocional. Durante el proceso asistencial es natural que la enfermera sienta preocupación, en cierta medida. Sin embargo, es fundamental una gestión emocional adecuada debido a que la experiencia puede derivar en desgaste profesional.

Desde el punto de vista de paciente, los beneficios de dicha relación basada en el cuidado humano incluyen el mantenimiento de la dignidad, el reconocimiento individual y la preservación de la autonomía. Además, se ha demostrado que tras esta interacción el paciente fortalece su salud psicológica y promueve la autodeterminación frente al proceso de enfermedad (26).

8.2. Análisis del Beneficio de la Calidad de Vida tras la aplicación del Cuidado Humanizado

Dichos cuidados deben contemplar una valoración inicial, identificación y manejo del dolor y de las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y culturales que surjan. Esto equivale a preocuparse por asistencia integral del paciente, abordándolo desde la perspectiva multidimensional. Todas las estrategias de humanización buscan un mejor nivel de calidad de vida, lo cual se relaciona con un nivel mayor de apoyo social. La ausencia de este apoyo puede acentuar los síntomas físicos y emocionales, aumento el riesgo de sufrimiento. Por ello, es esencial abordar los aspectos psicosociales y espirituales mediante un enfoque holístico. Además, se requiere preparación profesional y una postura ética institucional orientada al bienestar integral de los pacientes y su entorno (16) (27).

Para garantizar una atención verdaderamente holística, es **fundamental la participación de un equipo multidisciplinario** que colabore de manera coordinada. Si bien la labor de enfermería ha estado tradicionalmente centrada en la dimensión física, en el contexto de los cuidados humanizados se busca ampliar esta perspectiva, integrando el abordaje mixto con medidas farmacológicas y no farmacológicas (25).

La falta de comunicación y comprensión entre pacientes, cuidadores y profesionales puede derivar en decisiones de tratamiento erróneas, lo que impacta negativamente en la calidad de vida de ambos, pacientes y cuidadores. Establecer una comunicación clara y efectiva es fundamental para mejorar el bienestar general, asegurando que se respeten las necesidades y preocupaciones de todas las partes involucradas (15; 26; 28)

Uno de los artículos seleccionados en este estudio consistió en una serie de entrevistas realizadas a pacientes pertenecientes a las Unidades de Cuidados Paliativos en Portugal y España. El objetivo fue analizar la experiencia hospitalaria tras la implementación de cuidados humanizados, centrados en la calidad y el confort tanto del paciente como de su familia. Los resultados evidenciaron que, además de los síntomas físicos, existen múltiples factores que influyen de manera decisiva en la calidad de vida del paciente. El estudio subrayó la relevancia de atender los **aspectos individuales de cada persona**,

destacando cómo un enfoque personalizado y humanizado repercute positivamente en su bienestar general (18).

Las enfermeras juegan un papel clave, mostrando sensibilidad ante el deseo de los pacientes de morir sin dolor, y se preocupan por controlar el sufrimiento, especialmente a través de acciones bajo indicación médicas. Si bien los avances científicos permiten un mejor manejo de los síntomas en enfermedades terminales, se subraya que el componente humano sigue siendo esencial. Elementos como la comunicación, la compañía y la sinceridad son fundamentales, rechazando el uso de tecnología cuando esta impide una muerte natural (4; 28).

Diversos estudios, destacan la necesidad de realizar intervenciones dirigidas al cuidado del personal que brinda dichos cuidados. Una de estas acciones consiste en ofrecer **servicios de coaching** a empleados y voluntarios, lo que ha demostrado favorecer el fortalecimiento de las relaciones laborales y la conciencia del trabajo en equipo. Asimismo, **la formación en inteligencia emocional** permite que el personal maneje el contacto con el sufrimiento sin deterioro personal y fomentando una dinámica colaborativa centrada en el bienestar del paciente (16).

Durante el estudio del artículo “Cuidado de enfermería humanizado al paciente paliativo en la estancia hospitalaria”, siguiendo la Teoría de Watson acerca del cuidado humanizado, el 60% de los pacientes pertenecientes al estudio refirió, que tan solo ocasionalmente se les brindó atención humanizada por parte de enfermería. Esto nos muestra que, a pesar de que en muchos casos la aplicación de este cuidado humanizado se aplica, la complejidad de estos muchas veces supera al profesional, ya que estos tienden a ser altamente tecnificados y estandarizados, con poca atención en la calidez, la empatía y la sensibilidad humana, por lo que **aún queda margen de mejora** (24).

Es fundamental **eleva el compromiso de los enfermeros** en la mejora continua de las prácticas de cuidados en pacientes en fase final de vida. En este contexto, los enfermeros deben asumir la **responsabilidad de actualizar y perfeccionar sus conocimientos** y habilidades, para ofrecer cuidados más efectivos que aborden íntegramente las áreas físicas, emocional y psicológicas tanto de los pacientes como de su familia/cuidadores (24).

Actualmente, son pocos los países que han incluido programas especializados en el alivio al dolor y cuidados humanizado a pesar de que la evidencia demuestra que estos reducen el sufrimiento y favorecen la calidad de vida tanto del paciente como de la familia, atendiendo de manera integral sus necesidades multidimensionales. Los beneficios de la aplicación temprana de estos cuidados reducen la intensidad de los síntomas, un efecto pequeño, sin embargo, en el contexto de enfermedades avanzadas con pronóstico limitado, ha demostrado ser clínicamente relevante (27).

Aunque la enfermedad progrese hacia el deterioro y la dependencia, se evidenció que el acompañamiento humanizado por parte de la enfermera logró mejorar la calidad de vida de los involucrados en la relación de cuidado, al reforzar las áreas sociales, afectivas, espirituales y comunicativa entre paciente y cuidados/familiar (27).

9. Bibliografía

1. Definiciones de enfermería [Internet]. ICN - International Council of Nurses. [citado el 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/recursos/definiciones-de-enfermeria>
2. Sep 11. Semana del Bienestar: OPS pide abordar los cuidados como un derecho humano y una responsabilidad social [Internet]. Paho.org. [citado el 16 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-9-2023-semana-bienestar-ops-pide-abordar-cuidados-como-derecho-humano-responsabilidad>
3. Santos Holguín SA, Lascano Espinoza CO. El cuidado humanizado de enfermería, una necesidad de la praxis profesional. Revista Vive [Internet]. 2023 [citado el 16 de marzo de 2025];6(16):93-103. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-32432023000100093
4. Researchgate.net. [citado el 24 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/309964953_Cuidado_humanizado_de_enfermeria_al_final_de_la_vida_el_proceso_humanizado_de_muerte
5. Ucam.edu. [citado el 21 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2420/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Meneses-La-Riva ME, Suyo-Vega JA, Fernández-Bedoya VH. Humanized care from the nurse-patient perspective in a hospital setting: A systematic review of experiences disclosed in Spanish and Portuguese scientific articles. Front Public Health [Internet]. 2021;9:737506. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2021.737506>
7. Del ser humano LH es un PM el C se ART, De vista biológico D el P, social. R y. MANUAL GENERAL DE ENFERMERÍA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO Pág [Internet]. Edu.uy. [citado el 16 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/humanizacin_del_cuidado.pdf
8. Amado J, Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana, Instituto de Investigación. Lima, Perú, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud. Lima, Perú, Oscanoa T, Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana, Instituto de Investigación, Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud. Lima, Perú. Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. Horiz méd [Internet]. 2020 [citado el 10 de mayo de 2025];20(3):e1279. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000300011
9. Paliativa E. MANUAL BÁSICO DE [Internet]. Cuidadospaliativos.org. [citado el 10 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2022/6/Manual-Basico-de-enfermeria-paliativa.pdf>
10. Unirioja.es. [citado el 21 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3633444>

11. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2021;74(9):790–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
12. Jbi.global. [citado el 23 de abril de 2025]. Disponible en: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf
13. Jbi.global. [citado el 24 de abril de 2025]. Disponible en: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
14. Monge LS. Humanización de los cuidados enfermeros: ¿se pierde a lo largo de la vida laboral de la enfermera? [Internet]. Uva.es. [citado el 16 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47829/TFG-H2284.pdf;jsessionid=F2380CFFBF65F00EE1B445AC52055FE9?sequence=1>
15. Moraes AC de SG, Santana ME de. Necesidades de Familiares Cuidadores e Atuação do Enfermeiro nos Cuidados Paliativos Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2024;70(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2024v70n2.4560>
16. Researchgate.net. [citado el 21 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/378863485_La_humanizacion_la_mejor_opcion_para_los_cuidados_paliativos
17. Radosta DI. Hospice care as humanized end-of-life care. *Salud Colect* [Internet]. 2021 [citado el 11 de abril de 2025];17:e3108. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2021.v17/e3108/es/>
18. Coelho A, Parola V, Escobar-Bravo M, Apóstolo J. Comfort experience in palliative care: a phenomenological study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2016;15(1):71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-016-0145-0>
19. BOE-A-2002-22188 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. Boe.es. [citado el 10 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
20. Vista de Derecho a no saber y privilegio terapéutico de menores de edad en patología de base genética [Internet]. *Revistas.um.es*. [citado el 15 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://revistas.um.es/bioderecho/article/view/369221/260591>
21. Díaz Tabera M. La humanización de los cuidados a los familiares de pacientes de la UCI. Universidad de Valladolid; 2017. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/25431>
22. Ferro M, Rodríguez LM, WilliamARodríguez G. La bioética y sus principios. *Acta Odontol Venez* [Internet]. 2009 [citado el 15 de mayo de 2025];47(2):481–7. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000163652009000200029

23. COLEGIO DE MÉDICOS DE BIZKAIA [Internet]. Cmb.eus. [citado el 15 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.cmb.eus/modelo-de-documento-de-voluntades-anticipadas>
24. Peralvo Veloz GL, Ramírez Gavilanes GI. Cuidado de enfermería humanizado al paciente paliativo en la estancia hospitalaria. Salud Cienc Tecnol [Internet]. 2022;2:161. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salcietec/sct-2022/sct221bn.pdf>
25. Culturacuidados.ua.es. [citado el 14 de abril de 2025]. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2022-n64-La-atenci%C3%B3n-humanizada-en-el-cuidado-del-paciente-onco>
26. García-Rueda N, Errasti-Ibarrondo B, Arantzamendi Solabarrieta M. La relación enfermera-paciente con enfermedad avanzada y terminal: revisión bibliográfica y análisis conceptual. Med Paliativa [Internet]. 2016;23(3):141–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2014.01.003>
27. Unirioja.es. [citado el 19 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7071181>
28. Researchgate.net. [citado el 21 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/373287731_Cuidado_humanizado_aplicado_en_enfermeria_Una_revision_sistematica_Humanized_care_applied_in_nursing_A_systematic_review

10. Anexo I

Tabla 5 Niveles de evidencia JBI. Fuente: (12)

NIVEL DE EVIDENCIA DEL JBI	
Nivel 1	Revisión sistemática y metaanálisis
Nivel 2	Ensayo controlado aleatorizado (ECA) O Estudio experimental
Nivel 3	Estudio cuasiexperimental
Nivel 4	Revisión sistemática de métodos mixtos y meta síntesis cualitativa
Nivel 5	Estudios descriptivos de correlación, predictivos y de cohortes
Nivel 6	Estudio descriptivo y cualitativo
Nivel 7	Opinión de comités de expertos y autoridades

Tabla 6 Grado de recomendación del JBI. Fuente: (13)

GRADO DE RECOMENDACIÓN DEL JBI:	
GRADO A	GRADO B
Recomendación “Fuerte” - Efectos deseables superan indeseables - Evidencia de calidad adecuada que respalda su uso - Sin impacto en el uso de recursos - Considera valores y preferencias del paciente	Recomendación “Débil” - Efectos deseables parecen superar indeseables - Evidencia de apoyo puede no ser de calidad - Con beneficio o impacto mínimo en el uso de los recursos. - Valores y preferencias considerados o no

Tabla 7. Principales características de los estudios seleccionados. Fuente: Elaboración propia

Artículo	Autor(es)	Nivel de evidencia (JBI)	Muestra/ Herramientas	Resultados y Conclusiones
La atención humanizada en el cuidado del paciente oncológico (25)	Lourdes Moro Gutiérrez, Marta González Fernández- Conde	Nivel 7 Reflexión teórica	Muestra: 20 pacientes oncológicos. Herramientas: Aplicación del Plan de Humanización para pacientes oncológicos en tratamiento de quimioterapia en el Hospital Santísima Trinidad de Salamanca (España)	Resultados: La atención humanizada, con escucha activa y el respeto a la autonomía, mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes oncológicos. Conclusiones: La humanización en la práctica clínica del cuidado promueve el bienestar físico, psicológico y emocional de los pacientes.
La humanización de los cuidados a los familiares de pacientes de la UCI (21)	María Díaz Tabera	Nivel 7 Revisión de literatura	Muestra: Familiares de pacientes ingresados en UCI. Herramientas: Grupos estructurados, entrevistas en profundidad.	Resultados: La información continua, la proximidad, el apoyo emocional y la comodidad. Conclusiones: Las estrategias humanizadas benefician tanto a los pacientes como a sus familiares.
El cuidado hospice como un cuidado humanizado en el final de la vida (17)	Darío Iván Radosta	Nivel 6 Estudio Cualitativo de investigación	Muestra: Equipos de voluntarios y profesional de enfermería. Herramientas: Trabajo de campo	Resultados: Identificaron temas clave como la empatía, la dignidad y el respeto en el cuidado. Conclusiones: Necesidades emocionales y espirituales del paciente, fomentando una atención integral y humanizada.

			etnográfico con observación participante. Charlas informales y 2 encuestas.	
Experiencia de confort en cuidados paliativo (18)	Adriana Coelho, Vitor Parola, Miguel Escobar-Bravo, Joao Apóstolo	Nivel 6 Estudio fenomenológico	Muestra: 10 pacientes españoles y 7 portugueses, pertenecientes en CP. Herramientas: Entrevistas empleando el método Giorgi.	Resultados: La comunicación y la cercanía emocional fueron fundamentales Conclusiones: Las necesidades emocionales y espirituales del paciente, fomentando una atención integral y humanizada.
Cuidado humanizado de enfermería al final de la vida (4)	Martha Adiola Lopera	Nivel 6 Estudio cualitativo descriptivo	Muestra: 23 Enfermeras de cuidados paliativos + 100 horas de observación participante en el Hospital de Medellín (Colombia) Herramientas: Entrevistas semi estructuradas	Resultados: Se destacan el alivio del sufrimiento, mejora en calidad de vida, disminución de la ansiedad y dignidad. Conclusiones: La coordinación interdisciplinaria es clave para el éxito. Destacan las limitaciones en recursos y tiempo.
Necesidades de los cuidadores familiares y el papel de la enfermería en CP. (15)	Ana Carolina de Sousa Gomes Moraes María Isabel de Santana	Nivel 4 Revisión integrativa de Literatura	Muestra: 27 artículos Herramienta: Análisis de los artículos identificados	Resultados: Mantener informada y orientada a la familia facilita la toma de decisiones Conclusiones: En base a la evidencia el enfermero debe comprender las experiencias y necesidades del paciente y las

				familias/cuidadores durante la asistencia.
Cuidado de enfermería humanizado al paciente paliativo en estancia Hospitalaria (24)	Gabriela Lisette Peralvo Veloz, Gloria Isabel Ramírez Gavilanes	Nivel 6 Estudio descriptivo cuantitativo	Muestra: 15 pacientes mayores de 18 años Herramienta: Cuestionario “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE 3ª edición”	Resultados: El 93,3% del personal de enfermería refirió que solo algunas veces esta técnica se aplica, por lo que la percepción del cuidado es desfavorable. Conclusiones: En la unidad analizada, se evidenció que la aplicación del cuidado humanizado sobre los pacientes es deficiente.
Cuidado humanizado aplicado en enfermería (28)	Laura Fernanda Villa Solís, María José Chuquimarca Oña, Fanny Paola Egas Medina, Jhoana Estefanía Yazuma Robayo ,Lucia de los Ángeles Carrera Zurita ,Mercedes Andrea Quispe Acosta	Nivel 1 Revisión sistemática	Muestra: Pacientes que recibieron cuidado humanizado Herramienta: Fueron valorados en 3 dimensiones: calidad del trabajo de enfermería, disposición al cuidado y comunicación enfermera-paciente.	Resultados: Siendo mayor puntuada la calidad del trabajo de enfermería y la menor puntuada la apertura a la comunicación. Conclusiones: El paciente debe ser tratado de manera pluridimensional, englobando su cuerpo, mente y alma.

La relación enfermera-paciente con enfermedad avanzada y terminal (26)	Noelia García-Rueda, Begoña Errasti-Ibarrondo y María Arantzamendi Solabarrieta	Nivel 4 Estudio cualitativo	Muestra: 10 artículos Herramienta: Revisión de evidencia con técnica bola de nieve. Explora las diferencias y similitudes, además de las características en la relación enfermera-paciente, así como sus beneficios y las herramientas para establecerla.	Resultados: Se identificaron las principales características de dicha relación: comunicación, confianza, comprensión y presencia, además de empatía y compasión. Conclusiones: Se vio que la enfermera se beneficia de un aumento de la autoestima y de su capacidad de reflexión a través de la relación enfermera-paciente, proporcionando unos cuidados de mayor calidad.
Intervención de acompañamiento humanizado de enfermería en personas con cáncer avanzado (27)	Alicia Elizabeth Hermosilla-Ávila Olivia Inés Sanhueza-Alvarado	Nivel 3 Estudio preexperimental con medición pre y post intervención	Muestra: 17 diadas paciente-cuidador. Herramienta: La intervención incluyó visitas domiciliarias, plataforma de internet y contacto telefónico durante tres meses	Resultados: Se obtuvo el efecto de la intervención en la salud global de la persona con cáncer, con diferencias altamente significativas entre la pre y la post intervención, además de la disminución de síntomas como la fatiga y la disnea Conclusiones: Refuerza y reafirma las áreas sociales, afectivas, espirituales y comunicacionales en la diada paciente-cuidador familiar, aumenta la calidad de vida de las personas con cáncer avanzado y la de sus cuidadores

