

# Saberes y prácticas del equipo de enfermería sobre cuidados paliativos prestados al anciano

*Saberes e práticas da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos prestados à pessoa idosa*

*Knowledge and practices of the nursing team regarding palliative care provided to older adults*

Ana Luiza Almeida de Lima<sup>I</sup>; Hanna Gadelha Silva<sup>I</sup>; José Lima de Sousa Junior<sup>I</sup>; Gabriel de Jesus Aprígio<sup>I</sup>; Manuela Bastos Alves<sup>II</sup>; Lúcia de Fátima da Silva<sup>I</sup>; Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa<sup>I</sup>; Maria Célia de Freitas<sup>I</sup>

<sup>I</sup>Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil; <sup>II</sup>Universidade do Estado da Bahia. Salvador, BA, Brasil

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar los saberes y las prácticas del equipo de enfermería sobre cuidados paliativos prestados al anciano. **Método:** estudio cualitativo, fundamentado en la Teoría del Final de Vida Pacífico, con 18 enfermeros y 28 técnicos de enfermería. La recolección de datos se llevó a cabo por medio de entrevistas semiestructuradas entre mayo y junio de 2024, en un hospital público de Fortaleza, Ceará, Brasil, con análisis de contenido temático-categorial. **Resultados:** el análisis dio lugar a la identificación de tres categorías: 1) Énfasis en el confort y en la dimensión física del cuidado; 2) Integración de las dimensiones emocional, espiritual y social; 3) Criterios de elegibilidad y cuidado ético. **Consideraciones finales:** los participantes comprenden los cuidados paliativos como un enfoque integrado, que involucra aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, con énfasis en la comunicación eficaz y en el respeto a la autonomía. Sin embargo, esa comprensión se restringe a la fase final de la vida, resultando en prácticas más centradas en los aspectos técnicos del cuidado.

**Descriptor:** Enfermería; Cuidados paliativos; Anciano; Pautas de la Práctica en Enfermería.

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar os saberes e as práticas da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos prestados à pessoa idosa. **Método:** estudo qualitativo, fundamentado na Teoria do Final de Vida Pacífico, com 18 enfermeiros e 28 técnicos de enfermagem. A coleta de dados ocorreu por entrevistas semiestructuradas entre maio e junho de 2024, em um hospital público de Fortaleza, Ceará, Brasil, com análise de conteúdo temático-categorial. **Resultados:** a análise resultou em três categorias: 1) Ênfase no conforto e na dimensão física do cuidado; 2) Integração das dimensões emocional, espiritual e social; 3) Critérios de elegibilidade e cuidado ético. **Considerações finais:** os participantes compreendem os cuidados paliativos como uma abordagem integrada, que envolve aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, com ênfase na comunicação eficaz e no respeito à autonomia. No entanto, essa compreensão está restrita à fase final da vida, resultando em práticas mais centradas nos aspectos técnicos do cuidado.

**Descritores:** Enfermagem; Cuidados Paliativos; Pessoa Idosa; Padrões de Prática de Enfermagem.

## ABSTRACT

**Objective:** to assess the knowledge and practices of the nursing team regarding palliative care provided to older adults. **Method:** qualitative study based on the Peaceful End of Life Theory, with 18 nurses and 28 nursing technicians. Data collection took place through semi-structured interviews between May and June 2024, in a public hospital in Fortaleza, Ceará, Brazil, with thematic-categorical content analysis. **Results:** the analysis resulted in three categories: 1) Emphasis on comfort and the physical dimension of care; 2) Integration of emotional, spiritual and social dimensions; 3) Eligibility criteria and ethical care. **Final considerations:** the participants understand palliative care as an integrated approach which involves physical, emotional, social and spiritual aspects, with an emphasis on effective communication and respect for autonomy. However, this understanding is restricted to the final phase of life, resulting in practices more focused on technical aspects of care.

**Descriptors:** Nursing; Palliative Care; Aged; Practice Patterns, Nurses'.

## INTRODUCCIÓN

El aumento de la expectativa de vida ha causado cambios demográficos significativos, lo que resulta en importantes desafíos para la salud pública. A medida que la población envejece, se observa un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, que provocan alteraciones progresivas en la salud y llevan a la dependencia funcional. Ese escenario, sumado al declinio de la condición de salud, frecuentemente resulta en la necesidad de cuidados paliativos (CP)<sup>1</sup>.

Durante muchos años, los CP se vieron como un enfoque exclusivo para pacientes en fin de vida. Sin embargo, a lo largo del tiempo, esa visión fue expandida y pasó a ser comprendida como una estrategia continua e integrada, volcada al alivio del sufrimiento y la mejora de la calidad de vida desde el diagnóstico de enfermedades graves, independientemente de la fase de la enfermedad. Ese modelo ampliado busca no apenas el confort físico, sino también

el apoyo emocional, social y espiritual, tanto para los pacientes como para sus familias, a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

“Los cuidados paliativos no deben limitarse al final de la vida, sino deben ser introducidos lo más temprano posible, con el objetivo de aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de forma continua”. Ese cambio de paradigma refleja un movimiento hacia un enfoque más inclusivo y proactivo, que visa el cuidado integral del paciente y la gestión de la enfermedad en todas sus etapas<sup>2</sup>.

En ese contexto, la definición inicial de Cuidados Paliativos, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1990 y revisada en 2002, fue fundamental para delinear ese enfoque, con vistas a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus familias frente a enfermedades potencialmente fatales. La definición incluía la prevención y el alivio del sufrimiento, así como la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento de síntomas físicos, psicosociales y espirituales<sup>3</sup>.

En 2017, la *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC), una organización no gubernamental (ONG), a través de debates con especialistas en el área, amplió la definición de CP hacia un enfoque holístico y activo para individuos de todas las edades que enfrentan sufrimientos relacionados a enfermedades graves, centrado especialmente en aquellos cerca del final de la vida. El objetivo central de ese enfoque es mejorar la calidad de vida de los pacientes, familiares y cuidadores, algo que la OMS aceptó ampliamente<sup>4</sup>.

Posteriormente, la OMS actualizó su concepto y redefinió CP como un enfoque destinado a mejorar la calidad de vida de pacientes de todas las edades, sus familias y cuidadores que enfrentan enfermedades amenazadoras de vida., con especial atención en la prevención y alivio del sufrimiento, a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento adecuado del dolor y problemas físicos, psicosociales y espirituales<sup>3</sup>.

De esta forma, a fin de desarrollar CP de forma asertiva y eficaz, el apoyo de un equipo multiprofesional cualificado y confiante es esencial, ya que las demandas asistenciales contemplan diversas especialidades y todos los profesionales son importantes para el seguimiento de la trayectoria del paciente<sup>5</sup>.

Entre los miembros del equipo multiprofesional, los profesionales de enfermería destacan por la presencia continua e ininterrumpida en la prestación de cuidados. En este contexto, experimentan las angustias y los sufrimientos inherentes al proceso de morir de los pacientes, lo que los capacita a ofrecer un cuidado fundamentado en el proceso de enfermería. Se consideran acciones fundamentales: la educación en salud, el apoyo emocional y social, la evaluación, la identificación de problemas y el diagnóstico de la enfermería. Esa actuación adopta un enfoque biopsicosocial y educacional, con vistas a atender las necesidades de los pacientes y de sus familias a lo largo del proceso de cuidado<sup>5</sup>.

A pesar de la relevancia del equipo de enfermería en la realización de cuidados paliativos, la literatura apunta a una significativa laguna en la comprensión de este enfoque asistencial. Estudios<sup>6,7</sup> destacan la insuficiencia en programas de educación continuada, la carencia de entrenamiento formal, el conocimiento limitado sobre manejo de síntomas, dificultades en la comunicación eficaz con pacientes y familiares acerca del proceso de finitud, así como la comprensión incompleta del concepto y de los principios que fundamentan los cuidados paliativos.

Las lagunas de conocimiento mencionadas impactan negativamente la calidad de la asistencia, ya que es posible que el equipo de enfermería no esté suficientemente preparado para el manejo adecuado de los síntomas de los pacientes y para una comunicación eficaz con ellos y sus familias. Esa limitación resulta en cuidados insuficientes, lo que intensifica el sufrimiento de los pacientes y lleva a la insatisfacción de las familias en relación con la atención brindada<sup>6-8</sup>.

Ante lo expuesto, el objetivo de este estudio ha sido evaluar los saberes y las prácticas del equipo de enfermería sobre cuidados paliativos brindados al anciano.

## REFERENTE TEÓRICO

Para este estudio, se adoptó la Teoría del Final de Vida Pacífico (TFVP)<sup>9</sup>, que se concentra no apenas en la instancia final de la propia muerte, sino también en la promoción de un vivir pacífico y significativo durante el tiempo restante de los pacientes. Desde esa perspectiva, se consideran los contextos individuales de cada paciente y aquello que ellos consideran más relevante.

El objetivo de la teoría es "mejorar la calidad de vida y proporcionar un fin de vida pacífico a pacientes con enfermedades en etapas avanzadas", con enfoque en las intervenciones de enfermería y en los resultados específicos para ese grupo. Se basa en conceptos que destacan la importancia de no tener dolor; sentirse cómodo, tener dignidad y respeto; estar en paz, además de estar cerca de las personas importantes y que demuestran preocupación<sup>9</sup>.

## MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo de naturaleza cualitativa anclado en la Teoría del Final de Vida Pacífico, delineado según el instrumento *Consolidate Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), desarrollado para guiar a los investigadores en cuanto a la calidad y transparencia de las informaciones recolectadas<sup>10</sup>.

La producción de los datos ocurrió entre mayo y junio de 2024. Fue llevada a cabo exclusivamente por la investigadora responsable a través de entrevistas individuales, con duración media de 20 minutos, grabadas tras obtención de autorización previa y posteriormente transcritas para análisis. Se utilizó un formulario semiestructurado, elaborado por la investigadora, que contenía preguntas destinadas a caracterizar el perfil sociodemográfico de los participantes, como: edad, sexo, ocupación/profesión, tiempo de formación técnica o superior, tiempo de actuación en la institución y cursos previos sobre cuidados paliativos. Adicionalmente, se han incluido preguntas abiertas relacionadas a los conocimientos y prácticas del equipo de enfermería acerca de los cuidados paliativos brindados al anciano, a saber: *¿Cómo Usted conceptúa y comprende la práctica de cuidados paliativos? ¿De qué forma esa comprensión tiene influencia en su enfoque y actuación en el cuidado al anciano? ¿Qué estrategias e intervenciones utiliza al brindarle cuidados al anciano en contexto paliativo?*

El estudio se llevó a cabo en un hospital público de complejidad secundaria ubicado en el municipio de Fortaleza, Ceará, Brasil. La elección de esa institución se justifica por la presencia de una unidad de cuidados paliativos y rehabilitación, con equipo multiprofesional actuante. La mayoría de los pacientes atendidos en esa unidad se compone de ancianos en cuidados paliativos, lo que posibilita un análisis exhaustivo de la actuación del equipo de enfermería en el cuidado de ese grupo, teniendo en cuenta la complejidad multidimensional involucrada.

Participaron en el estudio 46 profesionales de enfermería, siendo 18 enfermeros y 28 técnicos de enfermería. Como criterios de inclusión, se adoptó que los participantes fueran enfermeros y/o técnicos de enfermería con vínculo laboral formal en el hospital y experiencia mínima en el cuidado de por lo menos una persona en cuidados paliativos. Se excluyeron de la muestra los profesionales de enfermería en período de vacaciones o licencia médica durante la recolección de datos, así como aquellos que no estaban activos en la unidad durante ese período.

Tras recibir informaciones sobre los objetivos y propósitos de la investigación, los participantes dieron su consentimiento voluntariamente y firmaron el Consentimiento Libre, Previo e Informado (CLPI). Para garantizar el anonimato y preservar sus identidades, los enfermeros se identificaron con la abreviatura "Enf" y los técnicos de enfermería con "Tec".

Los datos inicialmente se digitalizaron en un documento utilizando el *software* Microsoft Word. Posteriormente, se transfirieron al Bloc de Notas y se organizaron adecuadamente para procesamiento a través del *software* IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), versión 0.7 alpha 2, 2020. El IRaMuTeQ<sup>11</sup> es un *software* gratuito especializado en el análisis de contenido textual y en la organización de elementos significativos.

Para fines de este estudio, se optó por el análisis a través de la Clasificación Jerárquica Descendiente (CJD). En este método, los segmentos textuales, o unidades de contexto elementaria, se clasificaron con base en los vocábulos y en los valores de chi-cuadrado más elevados. Las palabras fueron organizadas en un dendrograma y aquellas seleccionadas para la formación de las clases presentaron un valor de  $p < 0,001$ , indicando una asociación estadísticamente significativa.

El análisis de contenido lexical, llevado a cabo por medio del *software* Iramuteq®, presentó un *corpus* de 202 segmentos de texto (ST), con 7089 ocurrencias y un aprovechamiento del 86,63%. Se destaca que, para que ese tipo de análisis sea eficaz en la clasificación de cualquier material textual, es necesario que por lo menos el 75% de los segmentos de texto se clasifique o aproveche. Por lo tanto, el índice de aprovechamiento observado demuestra la robustez y la validez del *corpus* analizado, garantizando la calidad y la relevancia de los resultados obtenidos en la investigación.

En cuanto a los aspectos éticos, el protocolo de investigación obtuvo aprobación del Comité de Ética en Investigación y respetó las directivas y normas reglamentadoras establecidas por la Resolución nº 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, que orienta las investigaciones que involucran seres humanos.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el análisis de caracterización de los participantes, se observó el predominio del sexo femenino (68,7%). En lo que se refiere a la edad, el promedio fue de 34 años. El tiempo de actuación en la unidad fue de tres años, con profesionales que tienen un promedio de diez años de experiencia en el área de salud, específicamente en el contexto hospitalario.

Los datos sociodemográficos de los entrevistados corresponden al perfil identificado en otro estudio<sup>12</sup>. La Enfermería, de forma histórica, presenta una predominancia de mujeres. Sin embargo, en los últimos años, se observa un crecimiento de la presencia de hombres en la profesión. Sin embargo, se mantiene la superioridad numérica femenina.

De los 18 enfermeros entrevistados, todos relataron tener conocimiento básico sobre CP, pero ninguno tenía cualquier tipo de formación en curso de especialización o perfeccionamiento en el área de CP, siendo que 11 relataron haber hecho curso de corta duración, con menos de 10 horas, sobre la temática. Con respecto a los técnicos de enfermería, ese número se mostró aún más discrepante, donde el 83,3% (n=15) nunca realizó cualquier formación sobre CP.

La inclusión de asignaturas y prácticas clínicas volcadas a la enseñanza teórico-práctica de cuidados paliativos ha sido ampliamente discutida, visto que la ausencia de enseñanza específica sobre esa temática en los cursos de nivel superior y técnico compromete la formación de profesionales cualificados. Esa laguna resulta en un déficit de

especialistas y afecta negativamente la calidad de la atención a una demanda reprimida. Estudios recientes<sup>6-8,13</sup> corroboran esa constatación, destacando la necesidad urgente de integrar los cuidados paliativos en los currículos académicos para aprimorar la capacitación profesional.

En el análisis cualitativo, a partir de la Clasificación Jerárquica Descendiente (CJD), se analizaron e interpretaron los dominios textuales para dar significado a las clases. Los segmentos aprovechados se dividieron en siete clases y, posteriormente, se organizaron en un dendrograma. Se subraya que, para organizar los ejes temáticos, los autores consideraran las clases en ese orden (3, 2, 6, 5, 4, 7 y 1), en virtud del procesamiento del *corpus* por el IRaMuTeQ, que generó esa lógica de partición según ilustrado en la Figura 1.

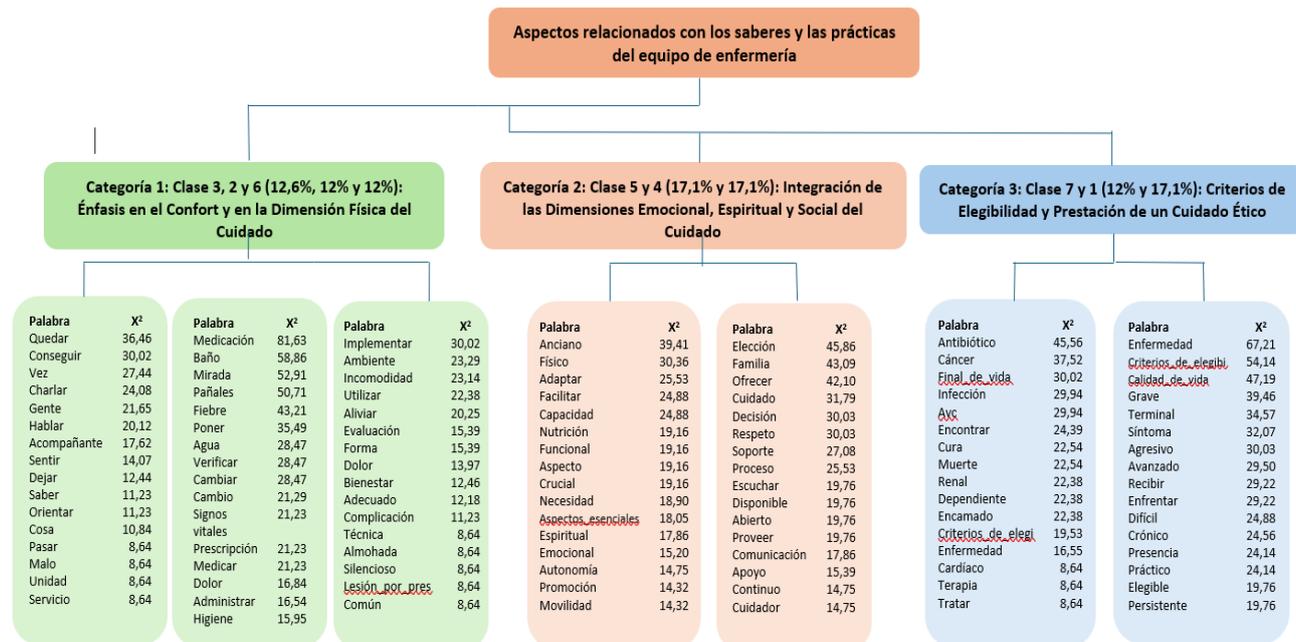


Figura 1: Dendrograma de la Clasificación Jerárquica Descendiente del *corpus* "Aspectos relacionados a los saberes y prácticas del equipo de enfermería". Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024.

### Énfasis en el confort y en la dimensión física del cuidado

Esa categoría emergió a partir de los léxicos provenientes de las clases 3, 2 y 6, las que, en conjunto, revelan la comprensión de los participantes sobre los cuidados paliativos, particularmente en la dimensión de confort físico. Los participantes presentaron entendimiento que cuidados paliativos tienen conexión directa con prácticas con vistas a aliviar síntomas y promover bienestar físico a los pacientes, lo que pone en evidencia la centralidad del cuidado físico en el manejo paliativo. Los ST a continuación ilustran dichos aspectos:

(...) priorizamos la evaluación y el manejo adecuado del dolor y de otros síntomas como disnea, náuseas y cansancio. Utilizamos escalas para control de síntomas para garantizar el máximo confort. (\*\*\*\* \*Enf\_01)

(...) valoramos la calidad por encima de la cantidad. Nuestro objetivo es el alivio del dolor y la promoción del bienestar emocional proporcionando un ambiente de cuidado amoroso y libre de juicios (...) implementamos protocolos de cuidados de la piel para prevenir lesión por presión y otras complicaciones relacionadas a la inmovilidad. Garantizar la integridad de la piel es esencial para el confort y bienestar del paciente. (\*\*\*\* \*Enf\_02)

(...) deben hacerse adaptaciones en el plan de cuidados para atender a las necesidades específicas de esa franja de edad (...) implementamos medidas de confort como ajuste de la temperatura ambiente, uso de almohadas y mantas para promover el bienestar del anciano en cuidados paliativos. (\*\*\*\* \*Tec\_03)

(...) para la calidad de ese cuidado hay que dejar al paciente lo más cómodo posible, controlar el dolor, poner la bomba de morfina, no alimentarlo si tiene el abdomen distendido o está vomitando, dejarlo sedado porque es un sufrimiento inmenso (...) hacer la higiene, la medicación, cambiarle los pañales, estar atento a su dolor, disnea, fiebre, conversar con el acompañante y con el paciente, explicarles las cosas porque ellos siempre tienen muchas dudas y, en el caso de que algunos no tengan acompañante, hablar con el servicio social. (\*\*\*\* \*Tec\_22)

Los entrevistados entienden los cuidados paliativos como alivio del dolor físico, ya que la comprenden como algo que trae intenso sufrimiento y enfatizan que siempre se debe evaluarla. Sin embargo, la mayoría desconoce las escalas de dolor y

utiliza el aumento de la frecuencia cardíaca para analizar la intensidad de ese síntoma. Tras verificar que el dolor está presente, los entrevistados mencionaron la importancia de utilizar métodos farmacológicos (administración de medicamentos) y métodos no farmacológicos (masaje relajante) como manejo del síntoma.

La administración de analgésicos y opioides, incluyendo infusiones continuas y la evolución del manejo hasta la sedación paliativa en los casos en que el control de síntomas se vuelve inviable, está ampliamente documentada en la literatura<sup>5,14-15</sup>. Sin embargo, un punto destacado en el estudio fue que los entrevistados, en su mayoría, afirmaron que no utilizar escalas formales para evaluar el dolor: se basaban predominantemente en la observación de las expresiones faciales de los pacientes.

Ese déficit de conocimiento y práctica contribuye a subestimar el dolor, lo que resulta en un problema recurrente y frecuentemente lleva a tratamientos inadecuados<sup>15</sup>. Una investigación exhaustiva evidenció que los profesionales tienden a subestimar la intensidad del dolor en comparación con las evaluaciones hechas por los propios pacientes, especialmente en casos de dolor severo. Esa discrepancia contribuye de forma significativa para el subtratamiento del dolor, un desafío complejo en el contexto de los cuidados paliativos<sup>14</sup>.

De esa forma, a pesar del papel destacado que el dolor tiene entre los profesionales entrevistados, al analizarlo desde la perspectiva del concepto de “ausencia de dolor” y “promoción del confort” procedentes de la TFVP<sup>9</sup> que enfatiza la importancia de no sentir dolor para que el paciente pueda experimentar el final de la vida de manera digna y serena, aún existe una gran brecha en la comprensión de la importancia total del fenómeno del dolor, sus matices y las consecuencias en caso de que no sea evaluado y tratado de forma rápida y efectiva. La teoría también destaca el dolor como un aspecto fundamental a ser monitoreado y tratado en este perfil de pacientes, definiéndolo como la experiencia de no reportar dolor, alcanzada mediante cuidados integrales y proactivos.

Más allá del dolor en la dimensión física, se identificaron otros síntomas, como náuseas y disnea. También se mencionaron aspectos prácticos, como el cuidado de la nutrición, la higiene, el cambio de posición y la prevención y tratamiento de lesiones cutáneas. Estos datos fueron corroborados en otro estudio<sup>16</sup>, en el cual los profesionales de enfermería enfatizaron la importancia de estos cuidados para promover el confort de los pacientes en cuidados paliativos, especialmente en el final de la vida, siendo considerados prioridades hasta los últimos momentos.

Un aspecto destacado en la categoría 1 fue la preocupación por el confort, no solo en relación con aspectos físicos (control del dolor y otros síntomas, prevención y tratamiento de úlceras por presión en la piel, higiene, baño, sábanas limpias, entre otros), sino también con la estructura ambiental, resaltando la importancia de un entorno tranquilo, silencioso, limpio y con una temperatura agradable.

Se constató que este hallazgo también fue mencionado en otro estudio<sup>17</sup> que discutió la relevancia del cuidado del entorno físico y resaltó las dificultades para brindar un cuidado digno y eficaz cuando existen condiciones laborales difíciles, limitación de recursos materiales y humanos, y discontinuidad en la atención.

Siendo así, se destaca la importancia de un enfoque integral en la atención a pacientes ancianos en cuidados paliativos, que va más allá del control de los síntomas físicos e incluye la atención al confort ambiental y a la calidad de la infraestructura de los cuidados brindados. El reconocimiento de la necesidad de un entorno tranquilo, limpio y adecuadamente climatizado, junto con el cuidado de la nutrición, la higiene y la prevención de lesiones cutáneas, demuestran la centralidad de la calidad de vida del paciente en cuidados paliativos.

El éxito de esta forma de cuidado depende no solo de las competencias técnicas del equipo de enfermería, sino también de las condiciones laborales, las cuales incluyen la disponibilidad de recursos y la continuidad de la atención. Por lo tanto, es imprescindible que los profesionales de la salud, en particular los de enfermería, estén capacitados y tengan acceso a una infraestructura que permita ofrecer un cuidado digno, eficaz y humanizado.

En ese contexto, al preguntar a los profesionales sobre su comprensión y práctica en cuidados paliativos, la primera mención de los entrevistados se centró en los aspectos físicos del cuidado. Incluso entre los enfermeros que participaron en cursos breves sobre el tema, la comprensión fue similar a la de aquellos que no recibieron esa formación específica, limitándose en gran medida al manejo físico de los pacientes.

Entre los técnicos de enfermería, la primera referencia al abordar los cuidados paliativos estuvo relacionada con acciones físicas, enfocándose en la atención junto al lecho del paciente. Este enfoque, predominantemente técnico, refleja la formación recibida que muchas veces no incluye contenidos específicos sobre cuidados paliativos en los planes de estudio de los cursos técnicos. Esta limitación contribuye a una visión restringida del cuidado, la cual no abarca las dimensiones emocionales, sociales y espirituales, esenciales para una atención integral y humanizada. Estos resultados evidencian la necesidad de repensar la formación técnica, integrando la enseñanza de los cuidados paliativos como una parte fundamental en la capacitación de estos profesionales.

### **Integración de las dimensiones emocional, espiritual y social del cuidado**

Las clases 5 y 4 esclarecen la comprensión de los participantes sobre las ideas que evidencian otras dimensiones del cuidado a los pacientes ancianos en cuidados paliativos, destacando la importancia de la integración de los aspectos

emocionales, espirituales y sociales. Los entrevistados subrayaron temas relacionados con los aspectos emocionales y espirituales como una forma de promover la dignidad y el respeto hacia el anciano en cuidados paliativos.

*(...) estamos atentos a la salud mental, ofreciendo apoyo para enfrentar la ansiedad, el miedo y las preocupaciones relacionadas a la fase terminal de la vida (...) ofrecemos soporte emocional y espiritual al paciente anciano y a su familia, ayudándolos en la resolución de conflictos, en la búsqueda de significado y en la preparación para el proceso de fin de vida (...) facilitamos el acceso a recursos adicionales como orientación y asistencia religiosa según necesario. (\*\*\*\* \*Enf\_07)*

*Nuestro papel como enfermeros va más allá del aspecto clínico. Buscamos entender los deseos y valores únicos de cada paciente adaptando el cuidado para atender a sus necesidades físicas, emocionales y espirituales (...) además de cuidar de los aspectos físicos y emocionales también damos atención a la espiritualidad de los pacientes ancianos en cuidados paliativos, les ofrecemos apoyo para cuestiones existenciales y espirituales si así lo desean el paciente y su familia. (\*\*\*\* \*Enf\_09)*

*(...)estamos siempre disponibles para escuchar al paciente y a su familia, ofreciendo apoyo. Intentamos garantizar que ellos se sientan cuidados y comprendidos durante todo el proceso de cuidados paliativos. (\*\*\*\* \*Tec\_12)*

Las declaraciones destacaron el apoyo emocional a través de la escucha y la conversación, ambas libres de juicios, así como la importancia de considerar y posibilitar la experiencia espiritual, lo cual solo es posible si el entorno físico está adecuadamente preparado, de forma cohesa. Esto apunta hacia la promoción de un cuidado basado en la dignidad y el respeto.

Estos hallazgos fueron corroborados por otro estudio<sup>18</sup>, donde la mayoría de los entrevistados expresó su preocupación por garantizar el confort del paciente mediante acciones de humanización del cuidado. En este contexto, dichas acciones van más allá de los aspectos técnicos e incluyen las necesidades emocionales, afectivas y espirituales del paciente, además de proporcionar confort físico.

Esos sufrimientos psíquicos deben ser considerados a partir de estrategias que utilicen el diagnóstico psicosocial, ya que tienen relevancia clínica para el ejercicio práctico de los aspectos éticos. Esto resalta la importancia de abordar los aspectos psicológicos en el manejo de enfermedades que amenazan la vida. El estudio también destaca la Terapia de la Dignidad (TD) como una intervención individualizada y breve, eficaz para reducir el sufrimiento psicológico y la tristeza persistente<sup>18</sup>.

La mejora de los síntomas físicos y emocionales está asociada al bienestar espiritual, reconociendo la espiritualidad y la religiosidad como fuentes de apoyo. Varios autores<sup>19-21</sup> han evidenciado que esta relación contribuye a una mejor calidad de vida y a la reducción de la intensidad de los síntomas.

El bienestar espiritual se refiere a la percepción subjetiva de un individuo sobre su comprensión y visión de la vida y del mundo, en la cual la inminencia de la muerte lo lleva a buscar significado en su entorno. En este contexto, los pacientes y sus familiares suelen encontrar en las creencias religiosas una estrategia importante para afrontar y optimizar los desafíos impuestos por la enfermedad y el tratamiento, especialmente en cuestiones relacionadas con el sentido de la vida, además de experimentar la muerte de manera digna<sup>19-21</sup>.

En situaciones donde las enfermedades son incurables, la dimensión espiritual permite a los pacientes desarrollar esperanza, dar significado a la enfermedad y encontrar propósito y sentido en la vida. Este proceso contribuye al crecimiento personal, promoviendo la preservación de la integridad y ampliando la capacidad para enfrentar las situaciones difíciles.

En pacientes ancianos cuyas enfermedades amenazan su vida, la espiritualidad y la religiosidad desempeñan un rol significativo en su vida cotidiana y se utilizan como recursos para afrontar los desafíos, sufrimientos e incertidumbres del proceso de enfermedad<sup>22</sup>.

La búsqueda de lo sagrado es una práctica diaria que ayuda a llenar el vacío existencial que puede surgir. En este contexto, la dimensión espiritual ofrece a los pacientes la posibilidad de desarrollar esperanza, dar significado a la enfermedad y encontrar un propósito y sentido para la vida<sup>23</sup>.

Los enfermeros destacaron la escucha cualificada, el fortalecimiento de la relación paciente-equipo, la experiencia de vida y la experiencia profesional como estrategias esenciales para garantizar una atención integral y humanizada en el cuidado de las dimensiones emocional y espiritual. Aunque reconozcan la importancia de los aspectos emocionales y espirituales para una atención más completa, la falta de tiempo fue mencionada repetidamente como un obstáculo significativo en la práctica diaria. Estudios<sup>24,25</sup> afirman que, en el entorno hospitalario, con rutinas aceleradas, un elevado número de pacientes y demandas clínicas urgentes, el cuidado emocional y espiritual a menudo queda relegado a un segundo plano o se limita a momentos breves y puntuales.

Sin embargo, la escasez de tiempo no significa que el cuidado de estas dimensiones deba ser desatendido. Al contrario, una mirada atenta y empática, aunque sea breve, puede tener un impacto profundo en la experiencia del paciente y en la construcción de una relación de confianza. La escucha activa, por ejemplo, no requiere necesariamente largos períodos, sino una disponibilidad de atención plena en el momento presente<sup>24-26</sup>.

Entre los técnicos de enfermería, las referencias a las prácticas comunicativas se centraron predominantemente en la interacción con los acompañantes, mientras que poco se mencionó la comunicación directa con los pacientes. Al ser preguntados sobre situaciones en las que los pacientes buscaban información acerca de su condición de salud, los técnicos relataron que, con frecuencia, dirigían estas preguntas al médico o a la enfermera responsable, evitando abordar directamente las dudas del paciente.

Esta postura puede reflejar la percepción de limitaciones en el alcance de sus atribuciones o la falta de preparación para manejar la comunicación en contextos complejos, como los cuidados paliativos. La ausencia de diálogo directo con los pacientes compromete la relación terapéutica y la construcción de una atención centrada en la persona y, asimismo, limita la posibilidad de atender las demandas emocionales e informativas de los pacientes.

Por lo tanto, es fundamental replantear la organización del trabajo y la formación continua del equipo de enfermería para garantizar que, incluso bajo la presión del tiempo, el cuidado emocional y espiritual no esté comprometido, destacando la comunicación como un elemento clave en este contexto. Esto puede incluir prácticas como reuniones de equipo para discutir casos, el uso de herramientas que faciliten la comunicación entre profesionales y pacientes, así como la integración de otros especialistas, como psicólogos y capellanes, que puedan aportar de manera más específica a esta dimensión del cuidado<sup>25-27</sup>.

Esta categoría también resaltó la importancia de considerar el aspecto social, revelado en las declaraciones de los participantes, quienes reconocen la relevancia de los familiares y personas significativas como red de apoyo, con el objetivo de permitir la realización de deseos o ritos importantes:

*(...) mantenemos un diálogo abierto con el paciente y la familia para garantizar que se respeten sus voluntades en todos los momentos (...) ofrecemos apoyo emocional y práctico a los cuidadores familiares del paciente anciano, proporcionando orientación sobre cuidados, administración de medicamentos y manejo de síntomas. Capacitamos los familiares para que se sientan mejor preparados y apoyados durante ese período desafiante. (\*\*\*\* \*Enf\_10)*

*(...) el objetivo es aliviar el sufrimiento y proporcionar apoyo no solo al paciente, sino también a su familia. Creemos en la importancia de la comunicación verdadera y del respeto a las elecciones del paciente promoviendo dignidad hasta el fin de vida (...) mantener una comunicación abierta con el paciente y la familia, discutiendo expectativas, deseos y decisiones de cuidados. Es esencial asegurar que todos los involucrados estén informados y se sientan cómodos con el plan de cuidados. (\*\*\*\* \*Tec\_04)*

Esta categoría destacó la importancia de considerar a la familia y a las personas significativas para el paciente, subrayando la comunicación empática como una forma de brindar un cuidado digno durante esta etapa desafiante de la vida.

La enfermedad no solo afecta a la persona enferma, sino también a todos los que la rodean, en especial cuando limita la continuidad de la vida. Por ello, se debe ofrecer un soporte emocional adecuado y una comunicación asertiva a las familias<sup>28</sup>, ya que enfrentan una carga importante al proporcionar cuidados continuos y necesitan asistencia y orientación adecuadas. Su principal preocupación es asegurar que el paciente se sienta cómodo y libre de sufrimiento. Además, requieren información detallada sobre la progresión de la enfermedad y cómo brindar los cuidados necesarios de manera efectiva<sup>29</sup>.

Este tema ha sido ampliamente discutido en la literatura<sup>28-30</sup>, el cual destaca que, en el contexto de la filosofía paliativista, el paciente, su familia y sus cuidadores conforman la unidad central de cuidado. Los estudios subrayan que la familia desempeña un rol fundamental y es reconocida como la primera y más relevante red de apoyo, responsable de la transmisión inicial de valores y prácticas culturales. Aunque el núcleo familiar es fuente de sentimientos positivos como amor, satisfacción, bienestar y apoyo, también puede estar asociado a experiencias de angustia y miedo, particularmente en situaciones de enfermedad y finitud. Esta dualidad enfatiza la importancia de un enfoque cuidadoso y sensible que integre las dimensiones emocionales y sociales en la planificación de los cuidados paliativos.

La Teoría de las Funciones Vitales y el Proceso de Muerte (TFVP<sup>9</sup>) fundamenta el cuidado al destacar, en uno de sus conceptos, la importancia de la red de apoyo en la atención a la persona enferma, con el objetivo de cumplir sus deseos y fortalecer el soporte emocional. Además, resalta que la experiencia de la dignidad y el respeto del paciente depende de la participación activa de este, de sus familiares y de su red de apoyo en las decisiones relacionadas con el cuidado, garantizando que sean tratados con dignidad y respeto, reconociéndolos en su plena condición de seres humanos.

Orientar e involucrar a la familia en el cuidado es esencial y, al mismo tiempo, un gran desafío en los cuidados paliativos (CP). En el entorno hospitalario, se percibe una laguna para acoger a la familia, ya que la comunicación, la escucha y la atención en momentos de fragilidad a menudo se ven relegadas a un segundo plano o se llevan a cabo con limitaciones debido a la estructura insuficiente de la institución<sup>17,30</sup>.

Más allá de las limitaciones estructurales, la falta de preparación adecuada de los profesionales de la salud en comunicación y soporte emocional conduce a silencios, falsas esperanzas de cura o comunicaciones abruptas sobre pronósticos adversos, lo que puede afectar negativamente la relación terapéutica. Una comunicación ineficaz puede generar dudas sobre el plan terapéutico<sup>29,30</sup>, como lo demuestran las incertidumbres de los profesionales de enfermería respecto a lo

discutido con las familias y la ejecución de los procedimientos. A pesar de la importancia de la comunicación, su inclusión en la formación superior en salud y en los programas de educación continua sigue siendo insuficiente<sup>31</sup>.

La dificultad para informar a los pacientes y sus familias sobre la necesidad de cuidados paliativos, así como para comunicar noticias relacionadas con el diagnóstico y el pronóstico, ha sido ampliamente discutida por los profesionales de enfermería en estudios nacionales<sup>32,33</sup> e internacionales<sup>34,35</sup>. Estos estudios refuerzan la idea de que muchos enfermeros se sienten poco preparados para establecer una comunicación adecuada con los pacientes en CP, sus familias y con el propio equipo de salud.

La comunicación debe ser altamente valorada, ya que promueve cuidados de calidad y confort para los pacientes. De esta manera, facilita una comprensión clara de su estado de salud, pronóstico y alternativas terapéuticas. Debe iniciarse de forma temprana en la trayectoria de la enfermedad para dar tiempo a los pacientes y sus familias a comprender plenamente la situación y participar de manera informada y colaborativa en las decisiones clínicas<sup>32-35</sup>

Por tanto, resulta evidente que el aprendizaje sobre comunicación, aunque crucial para la atención integral, representa una laguna importante en la formación y capacitación del equipo de enfermería

### Criterios de elegibilidad y prestación de un cuidado ético

Extraída de los léxicos provenientes de las clases 7 y 1, esta categoría incluye unidades de contexto que reflejan la perspectiva de los entrevistados sobre los criterios de elegibilidad para que el paciente acceda a cuidados paliativos, así como la importancia de ofrecer un cuidado individualizado, fundamentado en principios éticos. Estas cuestiones se expresaron en las intervenciones a continuación:

*(...) pacientes con enfermedades graves o terminales para nosotros, enfermeros, se benefician de cuidados paliativos, siendo necesario priorizar el confort, la autonomía y la calidad de vida del paciente, gestionando síntomas físicos emocionales y espirituales. (\*\*\*\* \*Enf\_05)*

*(...) generalmente esos pacientes presentan una trayectoria de enfermedad irreversible con impacto severo en la funcionalidad y en la calidad de vida y entonces nosotros, enfermeros, estamos comprometidos en ofrecer apoyo integral para ayudar a esos pacientes a vivir con dignidad y confort y, de esa forma, ellos estarán en paz. (\*\*\*\* \*Enf\_09)*

*(...) es importante considerar las cuestiones éticas y legales como directrices de cuidados avanzados y decisiones de tratamiento. (\*\*\*\* \*Enf\_10)*

*(..) evaluamos no solo la gravedad de la condición clínica, sino también la necesidad de gestión de síntomas complejos y el impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente y buscamos garantizar un cuidado personalizado para cada individuo que cuidamos, entonces él puede estar mucho más tranquilo, los familiares también (...) Intentamos enfocar en la autonomía del paciente y así todos están en paz. (\*\*\*\* \*Enf\_12)*

*Como los cuidados paliativos son un cuidado destinado a proporcionar confort y calidad de vida para aquellos que enfrentan enfermedades graves y avanzadas, entonces, si lo logramos, estos pacientes estarán en paz (..) uno trata de tener una mirada individualizada hacia cada uno. (\*\*\*\* \*Tec\_04)*

En esta categoría, se destacó el perfil de los pacientes con criterios para cuidados paliativos, mencionando enfermedades oncológicas, enfermedades neurodegenerativas, pacientes en progresión de enfermedad y con fallo terapéutico. Estos criterios fueron subrayados para enfatizar que una amplia variedad de pacientes puede beneficiarse de los cuidados paliativos y que, al comprender los criterios de elegibilidad, el equipo es capaz de ofrecer una atención individualizada y más efectiva.

Es relevante señalar que ninguno de los 46 participantes mencionó la visión de los cuidados paliativos de manera temprana, desde el diagnóstico de la enfermedad. La unanimidad se orientó hacia un estadio avanzado de enfermedad grave e incurable, cuyo objetivo principal es ofrecer confort y evitar sufrimientos adicionales. Este enfoque refleja aspectos de la formación académica y técnica, ya que la disciplina de cuidados paliativos no se encuentra entre las obligatorias en la mayoría de los programas de estudios de salud en Brasil, incluida la enfermería<sup>22,36,37</sup>.

Dentro de esta categoría, el respeto a la autonomía del paciente fue enfáticamente resaltado por los enfermeros quienes subrayaron que, dado que el objetivo de los cuidados paliativos es promover el confort en diversas dimensiones, el reconocimiento y respeto por las decisiones individuales de los pacientes, especialmente aquellos en etapas avanzadas de la enfermedad, permite al equipo proporcionarle al paciente una sensación de paz y dignidad.

Por otro lado, los técnicos de enfermería abordaron en pocas ocasiones cuestiones éticas relacionadas con el cuidado, mencionando rara vez aspectos como la autonomía, el respeto por las decisiones de los pacientes o los dilemas éticos en la práctica. Esta ausencia puede estar vinculada a la formación técnica, que suele enfocarse en habilidades prácticas, pero ofrece una visión limitada sobre los principios éticos y humanísticos que guían los cuidados paliativos.

La adopción de un enfoque centrado en el sujeto, especialmente en el contexto del cuidado al anciano, amplía las posibilidades de prácticas más éticas y asertivas, tal como señalaron los participantes. En esta perspectiva, el anciano ocupa

el centro del cuidado, lo que hace esencial la promoción de discusiones sobre las diversas posibilidades de atención, considerando los deseos y decisiones tanto de los pacientes como de sus familiares y cuidadores<sup>38</sup>.

Este proceso de reflexión contribuye a una mejor comprensión de las decisiones involucradas y al esclarecimiento de las metas de tratamiento, favoreciendo un cuidado más personalizado y alineado con las necesidades y preferencias del sujeto. Además, es fundamental que estas discusiones se documenten en el historial clínico del paciente, sirviendo como referencia para el equipo multiprofesional<sup>38</sup>.

La consideración por la autonomía del sujeto es vista como una forma de garantizar una asistencia que respete su dignidad, sus valores y sus preferencias, brindándole una experiencia de cuidado que favorezca una sensación de paz y control sobre el proceso de enfermedad.

Este enfoque refleja los principios éticos fundamentales de los cuidados paliativos, alineados con la promoción de una atención centrada en el paciente, que integra no solo sus necesidades clínicas, sino también sus deseos y prioridades personales<sup>3</sup>. Estos hallazgos refuerzan la importancia de fortalecer prácticas que fomenten el diálogo entre el equipo, el paciente y los familiares, garantizando decisiones compartidas y una atención verdaderamente humanizada<sup>32-35</sup>.

Estas conversaciones con los ancianos y sus familiares deben abordar los riesgos que vale la pena asumir y los que se debe evitar, explorando qué resultados y riesgos están dispuestos a aceptar o a evitar, ya que, en la mayoría de las situaciones, las voluntades, los deseos y la autonomía del paciente no se tienen suficientemente en cuenta<sup>35,38</sup>.

De esta forma, el estudio aporta elementos que invitan a reflexionar sobre el significado de actuar con respeto hacia la autonomía del paciente, considerando sus deseos, creencias y voluntades. Esto trasciende el impecable control de los síntomas físicos, emocionales y espirituales, dinamiza la práctica profesional y potencia actitudes dignas y valiosas para los pacientes.

Los resultados del estudio encuentran respaldo en la Teoría de la Formación y Valoración del Paciente (TFVP<sup>9</sup>) que resalta la importancia de brindar cuidados asertivos e individualizados, respetando la autonomía del paciente. De este modo, se contribuye a que el paciente logre un estado de paz, siendo fundamental que tanto él como sus familiares reciban el soporte adecuado para aclarar cuestiones prácticas y económicas relacionadas con el proceso de la finitud humana.

### Limitaciones del estudio

La principal limitación de este estudio deriva de su realización en una única unidad de salud ubicada en el municipio de Fortaleza, Ceará, Brasil, lo que restringe el análisis a un grupo poblacional segmentado y a un contexto específico, en detrimento de la diversidad existente a nivel nacional, lo que puede reducir la generalización de los resultados. El tema investigado, los cuidados paliativos, está impregnado de estigmas, prejuicios y desconocimiento, aspectos que pueden influir en los resultados. Además, el enfoque metodológico cualitativo y la adhesión a la propuesta teórica de análisis introducen limitaciones adicionales.

### CONSIDERACIONES FINALES

El estudio reveló que los conocimientos del equipo de enfermería sobre los cuidados paliativos prestados al anciano enfatizan la importancia de atender los aspectos físicos, como el control del dolor, la disnea y las náuseas, así como las condiciones estructurales del entorno. Además del confort físico y ambiental, los profesionales destacaron la relevancia de las dimensiones emocionales, espirituales y sociales, reforzando el compromiso con un cuidado humanizado que valora la singularidad del individuo, sus creencias, tradiciones y red de apoyo.

Se mencionaron a menudo la presencia y relevancia de los familiares y personas significativas, evidenciando que una comunicación eficaz entre el equipo y la familia es esencial. Se señaló el respeto por la autonomía del paciente como un principio central para garantizar un cuidado digno y ético.

En las prácticas de cuidado, se observó un enfoque en las acciones que promueven el confort físico, incluyendo el control riguroso de los síntomas mediante medidas farmacológicas, como la administración de analgésicos y opioides, e intervenciones no farmacológicas, como la higiene adecuada, renovación de curativos, masajes de confort, dieta y otras medidas que garantizan la dignidad y el bienestar del paciente. La comunicación con el paciente, familiares y cuidadores fue resaltada por los participantes como una práctica fundamental, destacando la escucha empática, subrayando que la actuación de la enfermería aún se percibe principalmente desde su aspecto técnico.

Se identificó una laguna en el estudio: la comprensión de los participantes, quienes aún relacionan los cuidados paliativos mayoritariamente con el proceso de la muerte, sin considerar la amplitud del cuidado desde el momento del diagnóstico. Además, se señalaron dificultades para realizar una comunicación eficaz y asertiva.

Los resultados de este estudio apuntan a la necesidad de fortalecer acciones que discutan y brinden capacitación en cuidados paliativos, con el fin de contribuir a una práctica más centrada en el paciente. El apoyo adecuado a los profesionales, especialmente en formación, es indispensable, ya que la falta de conocimiento y la percepción equivocada sobre el tema

afectan profundamente sus acciones. Por lo tanto, se recomienda la realización de nuevas investigaciones que exploren la relación entre los cuidados paliativos y la práctica de la enfermería en diferentes regiones del país, con el objetivo de ampliar la comprensión y mejorar la práctica en esta área fundamental de la salud.

## REFERENCIAS

1. Moura RBD, Araújo AA, Barbosa JM, Araújo R. Nutritional status and functionality in hospitalized in a University Hospital. *Acta Port Nutr.* 2020 [cited 2024 May 22]; 21:22-5. DOI: <https://doi.org/10.21011/apn.2020.2105>.
2. Stjernsward J. Palliative care: a global perspective. *Eur J Palliat Care.* 2019 [cited 2024 Sep 24]; 26(1):5-7. Available from: <https://www.ejpc.eu.com>.
3. World Health Organization. Palliative care. Geneva: WHO; 2020 [cited 2022 Mar 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
4. Radbruch L, Lima L, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining palliative care - a new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage.* 2020 Oct [cited 2024 May 22]; 60(4):754-64. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>.
5. Moran S, Bailey ME, Doody O. Role and contribution of the nurse in caring for patients with palliative care needs: a scoping review. *PLoS One.* 2024 [cited 2024 Oct 15]; 19(8):e0307188. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307188>.
6. Altarawneh WM, Masa'deh R, Hamaideh SH, Saleh AM, Alhalaiqa F. Nurses' knowledge, attitudes and practices towards palliative care provided to patients diagnosed with cancer. *PLoS One.* 2023 [cited 2024 Jul 3]; 18(10):e0289317. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289317>.
7. Guo J, Dai Y, Chen Y, Liang Z, Hu Y, Xu X, Xiao Y. Core competencies among nurses engaged in palliative care: a scoping review. *J Clin Nurs.* 2024 [cited 2024 Oct 3]; 33(10):3905-22. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.17294>.
8. Hökkä M, Martins Pereira S, Pölkki T, Kyngäs H, Hernández-Marrero P. Nursing competencies across different levels of palliative care provision: a systematic integrative review with thematic synthesis. *Palliat Med.* 2020 [cited 2024 May 17]; 34(7):851-70. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216320918798>.
9. Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nurs Outlook.* 1998 [cited 2024 June 15]; 46:169-75. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0029-6554\(98\)90069-0](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(98)90069-0).
10. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm.* 2021 [cited 2024 Oct 15]; 34:APE20212631. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.
11. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software Iramuteq (Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires) [Internet]. Santa Catarina: LACCOS UFSC; 2021 [cited 2024 May 30]. Available from: [http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutorial%20iramuteq%20em%20portugues\\_22.11.2021.pdf](http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutorial%20iramuteq%20em%20portugues_22.11.2021.pdf).
12. Chaves JHB, Angelo Neto LM, Tavares VMC, Tuller LPS, Santos CT, Coelho JAPM. Palliative care: knowledge of cancer patients and their caregivers. *Rev Bioét.* 2021 [cited 2024 June 15]; 29(3):519-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293488>.
13. Rego F, Gonçalves F, Moutinho S, Castro L, Nunes R. The influence of spirituality on decision-making in palliative care outpatients: a cross-sectional study. *BMC Palliat Care.* 2020 [cited 2024 June 29]; 19:22. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0525-3>.
14. Jenkins L, Parry R, Faulk C. A direct observation of pain scale use in five video-recorded palliative care consultations: Using conversation analysis to show how practitioners support patients to describe pain. *Patient Educ Couns.* 2022 [cited 2024 May 15]; 105(7):2603-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.10.027>.
15. Willems AAJM, Kudrashou AF, Theunissen M, Hoeben A, Van den Beuken-Van Everdingen MHJ. Measuring pain in oncology outpatients: Numeric Rating Scale versus acceptable/nonacceptable pain. A prospective single center study. *Pain Pract.* 2021 [cited 2024 Jul 1]; 21(8):871-6. DOI: <https://doi.org/10.1111/papr.13053>.
16. Castro A, Testoni I, Zamperini A, Ronconi L, Galantin LP, Caraceni A. The implicit soul: factors between the representation of death and dehumanization of patients. *Health Psychol Open.* 2019 [cited 2024 July 1]; 6(1):2055102919854666. DOI: <https://doi.org/10.1177/2055102919854666>.
17. Wachholz P, Giacomini K. Dignity in the care of older adults living in nursing homes and long-term care facilities. *F1000Res.* 2023 [cited 2024 May 15]; 11:1208. DOI: <https://doi.org/10.12688/f1000research.126144.3>.
18. Oliveira SG, Pacheco STA, Nunes MDR, Caldas CP, Cunha AL, Peres PLP. Bioethical aspects of the health care provided to older adults at the end of their lives. *Rev Enferm UERJ.* 2020 [cited 2024 May 18]; 28:e47321. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.47321>.
19. Delgado-Guay MO, Palma A, Duarte E, Grez M, Tupper L, Liu DD, Bruera E. Association between spirituality, religiosity, spiritual pain, symptom distress, and quality of life among Latin American patients with advanced cancer: a multicenter study. *J Palliat Med.* 2021 [cited 2024 July 1]; 24(11):1606-15. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0776>.
20. Austin PD, Lee W, Keall R, Lovell MR. Efficacy of spiritual interventions in palliative care: An umbrella review of systematic reviews. *Palliat Med.* 2024 [cited 2024 Oct 31]; 2692163241287650. DOI: <https://doi.org/10.1177/02692163241287650>.
21. Mendes NS, Malaguti C, Dos Anjos Sena L, Lucchetti G, de Jesus LAS, Vitorino LM, Mesquita R, Lee AL, Oliveira CC. Spirituality and religiosity are associated with physical and psychological status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs.* 2022 [cited 2024 July 1]; 31(5-6):669-78. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15926>.
22. Gonçalves RG, Oliveira LPBA, Silva CJA, Elias TMN, Nogueira ILA, Menezes RMP. Palliative care in nursing training: Higher education course coordinators' perception. *Rev Bras Enferm.* 2023 [cited 2024 July 3]; 76(3):e20220222. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0222>.
23. Dominguez RGS, Freire ASV, Lima CFM, Campos NAS. Palliative care: challenges for teaching in the perception of nursing and medical students. *Rev Baian Enferm.* 2021 [cited 2024 May 7]; 35:e38750. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.38750>.

24. Batstone E, Bailey C, Hallett N. Spiritual care provision to end-of-life patients: a systematic literature review. *J Clin Nurs*. 2020 [cited 2024 May 15]; 29(19-20):3609-24. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15411>.
25. Santos FC, Macieira TGR, Yao Y, Hunter S, Madandola OO, Cho H, et al. Spiritual interventions delivered by nurses to address patients' needs in hospitals or long-term care facilities: a systematic review. *J Palliat Med*. 2022 [cited 2024 Apr 25]; 25(4):66277. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0578>.
26. van Meurs J, Wichmann AB, van Mierlo P, van Dongen R, van de Geer J, Vissers K, et al. Identifying, exploring and integrating the spiritual dimension in proactive care planning: a mixed methods evaluation of a communication training intervention for multidisciplinary palliative care teams. *Palliat Med*. 2022 [cited 2024 May 15]; 36(10):1493-503. DOI: <https://doi.org/10.1177/02692163221122367>.
27. Freitas RA, Menezes TMO, Santos LB, Moura HCGB, Sales MG, Moreira FA. Spirituality and religiosity in the experience of suffering, guilt, and death of the elderly with cancer. *Rev Bras Enferm*. 2020 [cited 2024 July 3]; 73(Suppl 3):e20190034. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0034>.
28. Mendes BV, Donato SCT, Silva TL, Penha RM, Jaman-Mewes P, Salvetti MG. Spiritual well-being, symptoms and functionality of patients under palliative care. *Rev Bras Enferm*. 2023 [cited 2024 July 3]; 76(2):e20220007. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0007>.
29. Pun J, Chow JCH, Fok L, Cheung KM. Role of patients' family members in end-of-life communication: an integrative review. *BMJ Open*. 2023 [cited 2024 July 1]; 13(2):e067304. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067304>.
30. Mroz EL, McDarby M, Kutner JS, Arnold RM, Bylund CL, Pollak KI. Empathic communication between clinicians, patients, and care partners in palliative care encounters. *Patient Educ Couns*. 2023 [cited 2024 May 15]; 114:107811. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107811>.
31. Cesar FCR, Oliveira LMAC, Galvão MC, Lacerda ALA. How do healthcare professionals develop the communication process to promote patients' health literacy? *Int J Environ Res Public Health*. 2024 [cited 2024 Oct 2]; 21(5):536. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph21050536>.
32. Araujo MMT, Silva MJP. Communication with dying patients--perception of intensive care units nurses in Brazil. *J Clin Nurs*. 2024 [cited 2024 July 1]; 13(2):143-9. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00862.x>.
33. Lima SF, Lamy ZC, Motta VBRD, Roma TM, Gomes CMRP, Souza TP. The dynamic of the supply of pediatric palliative care: a multiple case study. *Cad Saude Publica*. 2020 [cited 2024 Oct 02]; 36(9):e00164319. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164319>.
34. Saretta M, Doñate-Martínez A, Alhambra-Borrás T. Barriers and facilitators for an effective palliative care communication with older people: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2022 [cited 2024 Aug 17]; 105(8):2671-82. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.04.003>.
35. Kerr D, Milnes S, Ammentorp J, McKie C, Dunning T, Ostaszkiwicz J, Wolderslund M, et al. Challenges for nurses when communicating with people who have life-limiting illness and their families: a focus group study. *J Clin Nurs*. 2020 [cited 2024 May 15]; 29(3-4):416-28. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15099>.
36. Ioshimoto T, Shitara DI, Prado GF, Pizzoni R, Sassi RH, Gois AFT. Education is an important factor in end-of-life care: results from a survey of Brazilian physicians' attitudes and knowledge in end-of-life medicine. *BMC Med Educ*. 2020 [cited 2024 July 2]; 20(1):339. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02253-8>.
37. Sarmiento WM, Araújo PC, Silva BN, Silva CR, Dantas RC, Véres GC, et al. Academic education and professional qualification of nurses for practice in palliative care. *Enferm Foco*. 2021 [cited 2024 May 7]; 12(1):33-9. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.V12.N1.3805>.
38. Oliveira SG, Pacheco STA, Nunes MDR, Caldas CP, Cunha AL, Peres PLP. Bioethical aspects of the health care provided to older adults at the end of their lives. *Rev Enferm UERJ*. 2020 [cited 2024 May 22]; 28:e47321. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.47321>

#### Contribuciones de los autores

Concepción, A.L.A.L. y M.C.F.; metodología, A.L.A.L. H.G.S. y M.C.F.; software, A.L.A.L. y H.G.S.; validación, A.L.A.L. L.F.S, V.L.M.P.P. y M.C.F.; análisis formal, A.L.A.L.; investigación, A.L.A.L.; obtención de recursos, A.L.A.L.; curaduría de datos, A.L.A.L. e H.G.S.; redacción – original preparación de borradores, A.L.A.L. H.G.S. J.L.S.J., M.B.A. y G.J.A.; revisión y edición, A.L.A.L. L.F.S, V.L.M.P.P., M.B.A. y M.C.F.; visualización, A.L.A.L.; supervisión, M.C.F.; administración del proyecto, A.L.A.L. y M.C.F.; adquisición de financiación, A.L.A.L. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.