



**Universidad
Europea** VALENCIA

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Trabajo Fin de Máster

**Atención Centrada en la Persona en Cuidados Paliativos: Una
Revisión Sistemática sobre Barreras, Facilitadores y Estrategias
de Implementación**

Presentado por: Lucía López Cremades

Tutora: Valeria Adriana Farriol Baroni

Curso: 2024_25

Convocatoria: extraordinaria

Resumen

La Atención Centrada en la Persona (ACP) se ha consolidado como un modelo clave para garantizar una atención digna, equitativa y de calidad en el ámbito de los cuidados paliativos (CP). No obstante, su implementación efectiva en la práctica sigue enfrentando numerosos desafíos. El objetivo de esta revisión sistemática es identificar las barreras, facilitadores y estrategias efectivas que condicionan la aplicación de la ACP en contextos de CP. Se incluyeron 10 estudios publicados entre 2022 y 2025, seleccionados tras la búsqueda en *Web of Science* (n = 64), *Cochrane* (n = 13), *Scopus* (n = 2), *PubMed* (n = 39) y *EBSCOhost* (n = 20) y aplicando los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos. Los resultados evidencian la influencia de factores organizativos, clínico-profesionales y de paciente-familia en la implementación de la ACP, destacando como barreras frecuentes la escasa participación del paciente, la sobrecarga laboral, la falta de formación específica y la inexistencia de protocolos claros. A su vez, se identificaron facilitadores como la coordinación interdisciplinar, el liderazgo institucional, la formación continua y el uso de instrumentos estandarizados como los PROMs. Uno de los principales hallazgos fue la identificación de estrategias eficaces para superar estos desafíos, clasificadas por niveles de intervención. Se concluye que la implementación de la ACP en CP requiere un enfoque flexible, contextualizado e integral que contemple no solo la práctica clínica, sino también la estructura organizativa y la participación activa de pacientes y familias. Los hallazgos de esta revisión sistemática ofrecen una base empírica actualizada que puede orientar tanto el diseño de políticas sanitarias como el desarrollo de intervenciones clínicas más humanas, sostenibles y centradas en las necesidades reales de pacientes en cuidados paliativos.

Palabras clave: Atención centrada en la persona, cuidados paliativos, facilitadores, barreras, implementación, revisión sistemática.

Abstract

Person-Centred Care (PCC) has been established as a key model for ensuring dignified, equitable, and high-quality care (PC). However, its effective implementation continues to face numerous challenges. This systematic review aims to identify the barriers, facilitators, and effective strategies that influence the implementation of PCC in PC settings. A total of 10 studies published between 2022 and 2025 were included, selected after a database search in *Web of Science* (n = 64), *Cochrane* (n = 13), *Scopus* (n = 2), *PubMed* (n = 39), and *EBSCOhost* (n = 20), applying previously defined inclusion and exclusion criteria. The results highlight the influence of organizational, clinical-professional, and patient-family factors on the implementation of PCC, with common barriers including limited patient involvement, staff workload, a lack of specific training, and the absence of clear protocols. Conversely, facilitators such as interdisciplinary coordination, institutional leadership, ongoing training, and the use of standardized instruments like PROMs were also identified. One of the main findings was the identification of effective strategies to overcome these challenges, classified by levels of intervention. It is concluded that the implementation of PCC in PC requires a flexible, contextualized, and comprehensive approach that considers not only clinical practice but also the organizational structure and the active involvement of patients and families. The findings of this systematic review provide an up-to-date empirical foundation that can inform both the design of healthcare policies and the development of more humane, sustainable, and needs-based clinical interventions for patients in palliative care.

Key words: Person-centered care, palliative care, facilitators, barriers, implementation, systematic review

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|----|
| 1. Introducción | 1 |
| 1.1. Definición de la ACP y sus componentes | 1 |
| 1.2. Cuidados paliativos y su relación con la ACP | 3 |
| 1.2.1. <i>Definición y Principios de los Cuidados Paliativos</i> | 4 |
| 1.2.2. <i>Evidencia empírica del impacto de la ACP</i> | 4 |
| 1.2.3. <i>Instrumentos de Evaluación: PCOMs y PROMs</i> | 5 |
| 1.3. Implementación de la ACP en cuidados paliativos | 6 |
| 1.3.1. <i>Experiencias en España</i> | 6 |
| 1.3.2. <i>Barreras y facilitadores de la implementación de la ACP en CP</i> | 7 |
| 1.4. Justificación de la revisión | 9 |
| 1.4.1. <i>Demanda creciente de cuidados paliativos</i> | 9 |
| 1.4.2. <i>Importancia actual de los cuidados paliativos</i> | 10 |
| 1.4.3. <i>Vacíos de investigación y limitaciones de las revisiones previas</i> | 11 |
| 1.5. Objetivos | 12 |
| 2. Metodología | 13 |
| 2.1. Diseño de la revisión | 13 |
| 2.2. Criterios de inclusión y exclusión | 14 |
| 2.2.1. <i>Criterios de inclusión</i> | 14 |
| 2.2.2. <i>Criterios de exclusión</i> | 15 |
| 2.3. Fuentes de información | 15 |
| 2.4. Estrategia de búsqueda | 15 |
| 2.5. Proceso de selección de estudios | 19 |
| 2.6. Proceso de extracción de datos | 20 |
| 2.7. Evaluación de la calidad metodológica | 20 |
| 2.8. Síntesis de los datos | 22 |

| | |
|---|----|
| 3. Resultados | 22 |
| 3.1. Selección de los estudios | 22 |
| 3.2. Características metodológicas de los estudios incluidos | 23 |
| 3.3. Resultados en relación con los objetivos específicos | 27 |
| 3.4. Resultados de la síntesis de los estudios | 30 |
| 3.4.1. <i>Barreras y facilitadores de implementación de la ACP</i> | 30 |
| 3.4.2. Estrategias efectivas identificadas | 31 |
| 4. Discusión | 32 |
| 4.1. Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación | 36 |
| 4.1.1. <i>Implicaciones para la práctica clínica</i> | 36 |
| 4.1.2. <i>Implicaciones político-institucionales</i> | 36 |
| 4.1.3. <i>Implicaciones para investigación futura</i> | 37 |
| 4.2. Limitaciones del estudio | 37 |
| 5. Conclusiones | 38 |
| 6. Bibliografía | 41 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| TABLA 1. Resumen de estrategia de búsqueda | 17 |
| TABLA 2. Variables extraídas | 24 |
| TABLA 3. JBI Critical Appraisal Checklist aplicada a los artículos seleccionados | 21 |
| TABLA 4. Resumen de los resultados respecto a los objetivos específicos | 28 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| FIGURA 1. Diagrama de Flujo PRISMA | 23 |
|--|----|

Lista de abreviaturas

ACP – Atención Centrada en la Persona

ClinROs – Clinician- Reported Outcomes

CP – Cuidados Paliativos

ICS-Nurse-A – Individualized Care Scale- Nurse Version- Attitude Section

IPOS – Integrated Palliative care Outcome Scale

IPOS VoC – Integrated Palliative care Outcome Scale- Views of Care

ETS – Empathic Tendency Scale

MeSH – Medical Subject Headings

ODS – Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS – Organización Mundial de la Salud

ONU – Organización de las Naciones Unidas

PCOMs – Person Centered Outcome Measures

PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

ProQOL – Professional Quality of Life Scale

PROMs – Patient Reported Outcome Measures

SPA-LTC – Staff Person-Aligned Long-Term Care

1. Introducción

En un contexto marcado por el rápido envejecimiento de la población y el incremento de enfermedades crónicas, los sistemas sanitarios se enfrentan al desafío de ofrecer una atención que no solo sea eficaz desde el punto de vista clínico, sino también respetuosa con la dignidad, la autonomía y las necesidades individuales de las personas.

Estas transformaciones demográficas y epidemiológicas han incrementado la demanda de cuidados paliativos, entendidos como un enfoque integral que prioriza la calidad de vida de personas con enfermedades avanzadas, crónicas o terminales, así como la de sus familias. En este ámbito, resulta esencial adoptar modelos de atención que aborden no solo los aspectos físicos, sino también las dimensiones emocionales, sociales y espirituales del sufrimiento.

La Atención Centrada en la Persona (ACP) ha emergido como un modelo paradigmático que responde a esta necesidad. Su aplicación promueve una atención individualizada, basada en valores, preferencias y en la participación activa del paciente. Aunque su implementación se ha extendido en múltiples contextos del ámbito sanitario, en el campo de los cuidados paliativos enfrenta importantes obstáculos vinculados a factores organizativos, clínico-profesionales y relacional.

A pesar del creciente consenso sobre los beneficios de la ACP, la literatura evidencia una implementación irregular y limitada, condicionada por múltiples barreras que dificultan su integración sistemática en los cuidados de final de vida. La falta de síntesis sobre estos obstáculos y los factores que pueden facilitar su aplicación representa una brecha de conocimiento relevante.

Estudios previos han documentado múltiples factores que dificultan la integración efectiva de la ACP en los cuidados paliativos, incluyendo barreras organizativas como la falta de tiempo, recursos humanos insuficientes y ausencia de formación específica (Antunes et al., 2014; Abu-Odah et al., 2020). Asimismo, se ha señalado la diversidad terminológica y metodológica como una limitación recurrente en la literatura (De Vries et al., 2023), lo que refuerza la necesidad de una revisión sistemática que contemple enfoques mixtos. Esta perspectiva permite integrar tanto la evidencia cuantitativa como las experiencias subjetivas reportadas por pacientes y profesionales, ampliando la comprensión de los facilitadores y obstáculos en distintos contextos clínicos y culturales.

Ante esta situación, la presente revisión sistemática tiene como propósito identificar y analizar las principales barreras, facilitadores y estrategias empleadas en la implementación de la ACP en cuidados paliativos. Su objetivo es aportar una visión actualizada y estructurada que contribuya al desarrollo de estrategias eficaces para una atención más humanizada, sostenible y centrada en las personas en el tramo final de la vida.

1.1. Definición de la atención centrada en la persona y sus componentes

En las últimas décadas, la ACP ha emergido como un paradigma esencial en la transformación de los sistemas sanitarios, orientándolos hacia modelos más éticos, humanos y participativos. De esta forma, el concepto de ACP surge como respuesta crítica a los modelos biomédicos tradicionales centrados exclusivamente en la enfermedad. En su lugar, propone una atención que reconoce y respeta la individualidad de cada persona, sus valores, preferencias, necesidades y derechos, y que le otorgan un rol activo en la toma de decisiones sobre su proceso asistencial (Mead y Bower, 2000; Morgan y Yoder, 2012).

Una de las definiciones más aceptadas es la de Morgan y Yoder (2012), quienes definen a la ACP como una forma de cuidado que honra la dignidad del individuo, reconoce su singularidad, promueve su autodeterminación y asegura que la persona sea el eje central del proceso de atención. Esta visión implica una concepción del cuidado no solo como tratamiento, sino como acompañamiento relacional, en el que la escucha activa, la empatía, el respeto y la toma de decisiones compartidas adquieren un papel central.

Bajo esta perspectiva, la ACP no se trata solo de una serie de técnicas, sino de una filosofía de cuidado, estableciendo una conexión auténtica entre el profesional y la persona atendida, donde esta última es reconocida como sujeto activo y no como objeto de intervención.

Diversos estudios han definido los componentes esenciales de la ACP. Hudon et al. (2011) y Scholl et al. (2014) identifican como pilares fundamentales:

- La individualización del cuidado, atendiendo a la historia de vida, creencias y expectativas del paciente.
- El empoderamiento, entendido como la capacidad del individuo para tomar decisiones informadas y participar activamente en su atención.
- La comunicación efectiva, empática y bidireccional entre profesionales y pacientes.

- El abordaje integral de las dimensiones física, emocional, social y espiritual de la persona.
- La creación de entornos que favorezcan la autonomía, la seguridad y el bienestar.

Otros trabajos que analizan componentes clave de la ACP incluyen también estos elementos esenciales:

- El respeto a la dignidad y autonomía de la persona (Ekman et al., 2011).
- La participación en la toma de decisiones (Kitson et al., 2012).
- La comunicación efectiva y compasiva (Epstein y Street, 2011).

Estos elementos interactúan para configurar planes de atención ajustado a los deseos y necesidades del paciente. Asimismo, Santana et al. (2018) proponen un marco conceptual que integra estos componentes en tres dimensiones: estructural, relacional y funcional, facilitando su aplicación y evaluación en distintos contextos clínicos.

1.2. Cuidados paliativos y su relación con la ACP

Por las razones que se han elaborado, la ACP constituye un modelo de cuidado que resulta especialmente relevante en el ámbito de los cuidados paliativos (CP), donde el acompañamiento integral (es decir, físico, emocional, social y espiritual) es fundamental para preservar la dignidad y el bienestar en el final de la vida. Esta revisión se enfoca en los cuidados paliativos porque constituyen un terreno donde la ACP no solo encuentra una justificación ética, sino también desafíos prácticos específicos que condicionan su implementación efectiva. Esto se debe a que, a diferencia de otros contextos clínicos, en los CP las decisiones deben adaptarse constantemente a circunstancias complejas de sus usuarios, lo que demanda una práctica clínica alineada con las prioridades individuales del paciente.

En situaciones de enfermedad avanzada o terminal, las personas afectadas se enfrentan a una pérdida progresiva de capacidades, una alta dependencia de los servicios sanitarios y una necesidad creciente de encontrar sentido y confort en el proceso de morir (White et al., 2008). La ACP permite reconocer estos aspectos y ofrecer una atención ajustada a los deseos del paciente, mejorando no solo la experiencia del cuidado sino también la relación con los equipos sanitarios. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) ha subrayado la urgencia de adoptar modelos de ACP para abordar las complejidades del final de la vida en sistemas de salud crecientemente presionados.

1.2.1. Definición y Principios de los Cuidados Paliativos

Los CP se definen como un enfoque integral de atención orientado a mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan enfermedades avanzadas, crónicas o terminales, así como la de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento. Este modelo de atención incluye la identificación temprana, evaluación y tratamiento adecuado de síntomas físicos, así como de aspectos emocionales, psicosociales y espirituales, respetando en todo momento los valores, preferencias y autonomía del paciente (Chen et al., 2024; Huo et al., 2022).

Dada la complejidad del proceso de final de vida, la ACP se posiciona como un modelo especialmente pertinente en este ámbito, al ofrecer un marco ético que orienta la atención hacia el bienestar integral y el respeto por la voluntad del paciente

Cabe destacar que los CP son un derecho explícitamente recogido bajo el derecho humano a la salud, y que su restricción innecesaria implica no solo el empeoramiento de la calidad de vida de los pacientes y sus familias, sino también un aumento de ingresos y gastos hospitalarios a largo plazo (OMS, 2020).

1.2.2. Evidencia empírica del impacto de la ACP

Una vez definidos sus componentes clave, es importante revisar la evidencia empírica que respalda el impacto clínico de la ACP en el ámbito de los cuidados paliativos.

El estudio realizado por Giusti et al. (2020) reconoce las críticas al modelo de ACP por no estar adecuadamente operacionalizado y se ocupa de proporcionar evidencia de que la ACP promueve la información completa, la toma de decisiones compartida, el apoyo psico-social y la continuidad asistencial.

Por otro lado, en su revisión, Park et al. (2018), analizan las intervenciones que hacen uso de la ACP, concretamente centradas en los pacientes, sus familias y en el personal sanitario. Los resultados de este estudio indican que, en los pacientes, estas intervenciones mejoran el conocimiento sobre su salud, aumentan las habilidades para gestionar conductas de autocuidado, incrementan la satisfacción, mejoran la calidad de vida y reducen los ingresos y duración de la estancia hospitalaria. En cuanto a los familiares, las intervenciones tendían a reducir la intensidad del estrés, la ansiedad y la depresión, además de aumentar la satisfacción y mejorar la relación con los profesionales sanitarios. Respecto al personal sanitario, las

intervenciones mostraban un aumento de la satisfacción en su trabajo, la calidad de la atención y reducción el estrés y el burnout.

Estos hallazgos subrayan que los modelos de ACP no solo mejoran los resultados clínicos y la percepción del cuidado, sino que también favorecen la sostenibilidad del sistema sanitario al optimizar recursos y reducir intervenciones ineficientes.

1.2.3. Instrumentos de Evaluación: PCOMs y PROMs

Además del impacto clínico general, la ACP se apoya en instrumentos específicos que permiten evaluar y guiar la atención desde la perspectiva del paciente.

Las medidas de resultados centrados en la persona o *Person-Centered Outcome Measures* (PCOMs) son cuestionarios estandarizados y validados que miden las opiniones de las personas respecto a su propio bienestar y salud (Chen et al. 2024). Enfatizan la ACP centrándose en los síntomas y preocupaciones más relevantes para los pacientes y sus familias, facilitando de esta manera la comunicación con los profesionales (Aworinde et al., 2022; Chen et al., 2024).

Los PCOMs incluyen los *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs), que son la versión de estos cuestionarios cuando son autorreportados por el paciente. Adicionalmente, engloban también las medidas de resultados por proxy, en el caso que lo completen terceras personas, como las familias, cuando el paciente no puede hacerlo por si mismo (Aworinde et al., 2022).

Revisiones como las de Etkind et al. (2015) evidencian la utilidad de los PCOMs y PROMs en el ámbito clínico de los CP, señalando como mejora el reconocimiento de necesidades no satisfechas y permitiendo a los profesionales actuar en consecuencia, mejorando la calidad de vida psicológica y emocional del paciente.

Según Chen et al. (2024), la evaluación de los PCOMs constituye una herramienta clave para garantizar una atención personalizada, eficaz y alineada con lo que es importante para cada individuo. Su utilización permite, además, también coordinar servicios, facilitar derivaciones y educar a los profesionales sanitarios en los principios de la ACP. De este modo, el uso estas medidas – junto con otros instrumentos como los PROMs – ha demostrado ser eficaz para mejorar la comunicación clínica, identificar necesidades no cubiertas y guiar decisiones asistenciales centradas en el paciente (Kane et al., 2018).

1.3. Implementación de la ACP en cuidados paliativos

La ACP tiene especial relevancia en el ámbito de los CP, donde el objetivo principal ya no es la curación, sino la mejora de la calidad de vida de personas con enfermedades avanzadas o terminales y la atención integral de sus dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales (Santana et al., 2018).

Antes de explorar las experiencias específicas en España, resulta fundamental reconocer que la implementación de la ACP varía significativamente según los contextos sociales, culturales y organizativos. Aunque los principios generales del modelo son ampliamente aceptados, su puesta en práctica enfrenta desafíos únicos en cada entorno sanitario, que dependen tanto de los recursos disponibles como de las características propias del sistema de salud y de las expectativas de los pacientes y sus familias. Analizar las experiencias nacionales permite entender cómo estos factores locales influyen en la adopción de la ACP y qué lecciones pueden extraerse para fortalecer su aplicación.

Huo et al. (2022) ilustran esta idea en su revisión sobre ACP paliativa en personas con cáncer incurable, en el que mostraron mejoras en el estado emocional, los síntomas físicos, estado de ánimo y tasa de supervivencia en aquellas que la recibían. En la misma línea, Feliciano y Reis- Pina, (2024) concluyen que los CP domiciliarios, realizados por equipos especializados, incrementan la calidad de vida y reducen ingresos hospitalarios y visitas a urgencias, promoviendo una atención más humana y costo-efectiva.

Asimismo, Iupati et al. (2023) destacan que los modelos de atención paliativa comunitaria especializada no solo mejoran los resultados clínicos, sino que también garantizan la equidad, la continuidad asistencial y la colaboración entre servicios y profesionales. Estos modelos facilitan un cuidado integral y respetuoso con las preferencias del paciente, ofreciendo apoyo emocional y práctico tanto a la persona como a sus cuidadores. Esta integración es fundamental en entornos donde el envejecimiento poblacional y las enfermedades crónicas requieren respuestas organizadas y centradas en la persona.

1.3.1. Experiencias en España

Los estudios recientes sobre la implementación de la ACP en España revelan avances significativos en diferentes contextos. En el ámbito hospitalario, el *Community Based Integrated Care Programme for People with Complex Chronic Conditions* (ProPCC), o Programa de Atención

Integrada Comunitaria para Personas con Condiciones Crónicas implementado en Barcelona, mostró resultados prometedores en la atención a personas con enfermedades crónicas complejas (Mas et al., 2023). Durante los primeros seis meses del programa, se observó un aumento en el tiempo que los pacientes pasaron en casa, junto con una reducción de las visitas a urgencias, hospitalizaciones y estancias hospitalarias. Además, estos cambios se tradujeron en una disminución en los costos totales de atención, demostrando que el modelo puede mejorar tanto los resultados clínicos como la eficiencia económica al reenfocar los recursos (Mas et al., 2023).

Por otro lado, en el contexto de atención primaria, un ensayo clínico realizado por Ramos-García et al., (2025) en las Islas Canarias evaluó un programa breve de formación en línea para profesionales que trabajan con pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, hallando mejoras significativas en las actitudes hacia la toma de decisiones compartida, especialmente en comunicación y control compartido.

En conjunto, estos resultados demuestran que la ACP en España puede mejorar tanto los resultados clínicos como la satisfacción de pacientes y profesionales (Respaldiza-Berroeta et al., 2023). A pesar de todo, los desafíos relacionados con la coordinación interprofesional, la adaptación de modelos a las necesidades locales y la sostenibilidad económica de estas intervenciones siguen siendo áreas críticas para futuras investigaciones y políticas en el ámbito de la salud (Mas et al., 2023; Ramos-García et al., 2025; Respaldiza-Berroeta et al., 2023).

1.3.2. Barreras y facilitadores de la implementación de la ACP en CP

A pesar de sus beneficios demostrados, la implementación de la ACP en CP se enfrenta a múltiples barreras en el sistema de atención. La revisión de Abu-Odah et al. (2020) analiza y sintetiza la evidencia sobre los desafíos estructurales, profesionales y socioculturales que limitan la provisión de CP en países de ingresos bajos y medios, centrándose en pacientes con cáncer. Los resultados clasifican estas barreras y facilitadores en tres grandes dominios: organizacionales y estructurales, profesionales y clínicos, y relacionados con el paciente y su familia. Este artículo refuerza la idea de que la implementación de la ACP no solo requiere intervenciones clínicas y formativas, sino también transformaciones estructurales y culturales en los sistemas de salud.

Otra de las revisiones claves en este campo, llevada a cabo por Antunes et al., (2014) identificó factores críticos en la implementación de medidas centradas en la persona, como las barreras logísticas y tecnológicas, la percepción de que estas herramientas incrementan la carga laboral del personal, y las dificultades para aplicarlas en pacientes con deterioro cognitivo o funcional.

Por otro lado, entre los facilitadores destacan la formación estructurada para los profesionales, la utilidad percibida de las medidas para mejorar la comunicación y la toma de decisiones, así como un respaldo a nivel organizativo que promueva su uso sistemático. De la misma manera, programas de capacitación continua en CP y estrategias que fomenten la colaboración interdisciplinar han mostrado ser facilitadores efectivos (Antunes et al., 2014).

De forma complementaria, la revisión de De Vries et al. (2023) profundiza en las barreras y facilitadores que los profesionales clínicos hospitalarios perciben al abordar los valores, deseos y necesidades personales de los pacientes en CP. Entre las barreras más relevantes se encuentran la inseguridad para iniciar conversaciones sobre aspectos personales, la falta de habilidades comunicativas específicas, el temor a causar angustia emocional, y la dificultad para identificar el momento clínico adecuado. A nivel institucional, se señalan la falta de tiempo protegido, la ausencia de protocolos específicos y la escasa formación en esta área. Asimismo, desde la perspectiva del paciente y su contexto, se reconocen las diferencias culturales, las señales ambiguas de disposición para el diálogo y las situaciones clínicas inestables como factores que dificultan la comunicación.

Entre los facilitadores destacados por De Vries et al. (2023), se encuentran la capacidad para una comunicación empática, el respaldo institucional mediante políticas claras, la integración de herramientas estandarizadas de apoyo y la existencia de una relación de confianza previa entre el profesional y el paciente. Adicionalmente, la participación activa de la familia y el trabajo colaborativo del equipo multidisciplinar también se reconocen como elementos clave para el éxito de la ACP.

Al examinar estos estudios, podemos afirmar que implementar la ACP en CP no se trata simplemente de una cuestión de técnica en el plano asistencial, sino una transformación a nivel institucional. Esto requiere, como señalan Martínez et al. (2015), una reorganización de los servicios, formación continua del personal, rediseño de los espacios y una gestión centrada en valores como la dignidad, el respeto y la autonomía. Asimismo, es imprescindible considerar las

particularidades culturales y sociales de cada paciente, asegurando la equidad y la justicia en el acceso y provisión de cuidados.

También se requiere la adopción de herramientas de evaluación que permitan medir de forma objetiva la percepción del paciente sobre la atención recibida. En este sentido, Hudon et al. (2011) identificaron instrumentos válidos y fiables que evalúan dimensiones específicas de la ACP, aunque subrayan la necesidad de desarrollar métricas longitudinales que capten la experiencia del cuidado a lo largo del tiempo, especialmente en enfermedades crónicas y procesos de final de vida.

1.4. Justificación de la Revisión

La presente revisión sistemática se justifica por tres razones fundamentales. En primer lugar, por el impacto del envejecimiento poblacional en la demanda de atención centrada en valores y autonomía. En segundo lugar, por la creciente necesidad de CP eficaces, integrales y humanizados. Y, en tercer lugar, por las limitaciones observadas en revisiones anteriores que no han abordado de forma actualizada o amplia la implementación de la ACP en este contexto. Aunque existen estudios que analizan aspectos específicos, como las barreras y facilitadores, estos suelen enfocarse en un solo nivel (por ejemplo, profesional o institucional), sin integrar una perspectiva multinivel que contemple simultáneamente los desafíos y oportunidades a nivel de paciente, profesional e institucional. A continuación, se desarrollan estos tres aspectos.

1.4.1. *Demanda creciente de cuidados paliativos*

Diversas fuentes evidencian un crecimiento sostenido en la necesidad global de atención paliativa en las últimas décadas. Un estudio de Knaul et al. (2025) revela que el número de personas que requieren CP aumentó en un 74% entre 1990 y 2019, alcanzando a más de 73 millones de personas en 2021, último año del que hay constancia estadística. Ese incremento se debe no solo al envejecimiento de la población, sino también el aumento de enfermedades graves como el cáncer, las afecciones crónicas cardiovasculares y respiratorias, y la diabetes.

Este crecimiento también se refleja en el mercado de servicios relacionados. Un informe de Grand View Research señala que se espera un crecimiento anual del 9.93% en el mercado mundial de CP entre 2024 y 2030, impulsado por una mayor conciencia social, el avance de las enfermedades crónicas y las políticas sanitarias de apoyo promovidas por distintos gobiernos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

En respuesta a esta tendencia, algunos países han comenzado a adoptar medidas concretas desde una perspectiva política y sanitaria. En Estados Unidos, por ejemplo, un informe del *National Academy for State Health Policy* indica que numerosos estados han creado consejos asesores, aprobado legislación específica e implementando programas educativos para mejorar el acceso a este tipo de atención (Taggart y Teshale, 2022).

Sin embargo, a pesar de estos avances en ciertas regiones, los CP siguen siendo considerados una prioridad global desatendida. El artículo de Peeler et al., (2024) señala que, aunque hay un creciente consenso sobre su importancia, muchos países aún carecen de políticas específicas, formación profesional adecuada y estrategias para su integración en los sistemas nacionales de salud. Esta ausencia de marcos estructurados genera desigualdades significativas en el acceso a cuidados compasivos y de calidad.

Un caso ilustrativo de estas deficiencias es el del Reino Unido, donde, según un estudio de la *Office of Health Economics* (Oficina de Economía de la Salud del Reino Unido, OHE, 2004), unas 20 personas con enfermedades terminales mueren cada día sin acceso adecuado al alivio del dolor. El informe indica que, desde 2019, estas muertes han aumentado en un 15 % y proyecta un incremento del 25 % en la demanda de CP hacia 2040. Estas cifras refuerzan la urgencia de mejorar de la cobertura, el acceso y la eficacia de los CP desde el plano clínico como estructural.

1.4.2. Importancia actual de los cuidados paliativos

El derecho a l respeto de la autonomía al final de la vida no se limita a la población envejecida. Según la OMS (2024), en la actualidad, alrededor de 56.8 millones de personas en todo el mundo necesitan CP, de las cuales 25.7 millones se encuentran en su último año de vida. Sin embargo, se estima que solo el 14% accede efectivamente a este tipo de atención especializada.

Los receptores de CP abarcan a personas de todas las edades con enfermedades graves, crónicas o incurables que limitan su calidad de vida o amenazan su supervivencia. Esto incluye, entre otras, el cáncer avanzado, enfermedades cardíacas, insuficiencia renal, demencias, enfermedades neurológicas y otras patologías en etapas terminales (OMS, 2024).

La OMS, también destaca que la atención paliativa no se dirige únicamente al paciente, sino que incluye el acompañamiento a familiares y cuidadores, quienes con frecuencia enfrentan

un gran desgaste emocional y físico. La intervención paliativa busca también apoyar a estas figuras clave en el proceso de enfermedad y duelo, entendiendo que su bienestar repercute directamente en la calidad del acompañamiento que ofrecen.

En este contexto, el derecho a una muerte digna implica asegurar que las personas puedan vivir sus últimos momentos con autonomía, sin sufrimiento innecesario y con acceso a los recursos adecuados para su bienestar físico, emocional y espiritual. En países como los Países Bajos, donde la eutanasia es legal bajo ciertas condiciones, el debate gira en torno a la autonomía personal y la posibilidad de tomar decisiones conscientes sobre el final de la vida (Rotterdam, 2025). Asimismo, organizaciones como *Death with Dignity* (Organización estadounidense por la Muerte con Dignidad, 2021) abogan por leyes que permitan a personas con enfermedades terminales solicitar asistencia médica para morir, resaltando la centralidad de la dignidad y la autodeterminación en el proceso de morir.

En el plano asistencial, los CP desempeñan un papel crucial en la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedades avanzadas, particularmente en etapas tempranas del proceso asistencial. En este sentido, la atención paliativa temprana ha demostrado efectos positivos en pacientes con cáncer incurable, al mejorar su bienestar emocional, controlar los síntomas físicos y aumentar la probabilidad de fallecer en el entorno deseado, usualmente en el domicilio (Huo et al., 2022).

Adicionalmente, conviene recordar que la efectividad de los CP no se limita al entorno hospitalario, sino que también se ha constatado en la atención domiciliaria, donde su implementación se asocia con una mejora significativa del confort del paciente y una reducción de la utilización de servicios sanitarios intensivos (Feliciano y Reis-Pina, 2024).

1.4.3. Vacíos de investigación y limitaciones de las revisiones previas

Aunque se han llevado a cabo numerosas investigaciones sobre la implementación de la ACP en el ámbito de los CP, muchas de las revisiones existentes presentan limitaciones. Esto puede deberse un enfoque limitado a contextos institucionales particulares, o a la falta de integración de avances recientes como el uso sistemático de medidas centradas en el paciente (PCOMs/PROMs), la atención paliativa comunitaria o la implementación digital de planes de atención, como es el caso de la revisión sistemática de Chen et al. (2024). Esta revisión, si bien proporciona un valioso marco teórico, presenta una serie de limitaciones metodológicas y

conceptuales que justifican la realización de un nuevo estudio de la literatura. Para empezar, limita su análisis a los CP en personas mayores, en lugar de generalizarlo a toda la población. Asimismo, en el plano metodológico, los autores no dejan constancia en sus criterios de inclusión y exclusión de cuáles son los años que abarcan en su revisión. Cuando se analiza el estudio, puede comprobarse que fueron incluidos artículos publicados desde el año 2007 hasta el 2022, si bien de este último solo se incluyen tres, por lo que se ha considerado oportuno integrar este año al presente análisis.

Esta situación pone de manifiesto la necesidad de revisar de forma continua la literatura científica actualizada, con el fin de identificar nuevos desafíos, mejoras y estrategias emergentes. La ACP se ha consolidado como un enfoque destacado en la última década, con una producción científica que aumentó de 139 artículos publicados en 2010 a 816 en 2024, año en el que la media de citas por artículo fue de 14.63, frente a 3.24 en 2018 (Tong et al., 2025). Estos datos refuerzan la importancia de realizar revisiones sistemáticas periódicas que sintetizen y orienten su aplicación basada en la evidencia. Gracias a la sistematización de la literatura, la comunidad científica es capaz de encontrar aquellas áreas de investigación en las que existen espacios que no han sido explorados y que necesitan recibir atención sino también aquellos que la favorecen.

1.5. Objetivos

En conclusión, y como se ha analizado en este marco teórico, pese al creciente reconocimiento del valor de la ACP, aún existen importantes desafíos para su implementación efectiva en CP.

Siguiendo la estrategia PICO (Mamédio et al., 2007) el marco de investigación se estructura:

- Población (P): Pacientes terminales y profesionales que prestan atención paliativa.
- Intervención (I): Implementación o evaluación de la eficacia de programas de ACP en el contexto de CP.
- Comparación (C): No se contempla una intervención comparativa directa.
- Resultado (O): Identificación de barreras, facilitadores y estrategias que faciliten la implementación de la ACP.

A partir de esta estructura, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las principales barreras, facilitadores y estrategias para implementar el modelo de atención centrada en la persona en entornos de cuidados paliativos?

Con base a ello, el objetivo general de esta revisión sistemática es analizar la literatura empírica reciente para identificar y clasificar las principales barreras, facilitadores y estrategias implicadas en la implementación del modelo de atención centrado en la persona en cuidados paliativos, con el fin de aportar una base actualizada que oriente futuras políticas, intervenciones y líneas de investigación.

De esta manera, la presente revisión se centra en sintetizar investigaciones publicadas entre 2022 y 2025, complementando así los vacíos dejados por la revisión previa de Chen et al. (2024), que solo incluía tres artículos del año 2022. El propósito es ofrecer una base sólida que oriente futuras investigaciones y facilite la integración efectiva de un modelo más humanista en la atención a personas en la etapa final de sus vidas.

Los objetivos específicos, son:

- Clasificar las barreras, facilitadores y estrategias reportados en estudios empíricos según su nivel de actuación (organizacional, clínico-profesional y paciente-familia), e identificar las estrategias más efectivas descritas para facilitar la integración de la ACP.
- Analizar los hallazgos en relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular el ODS 3 (Salud y Bienestar), promoviendo una atención paliativa de calidad, digna y centrada en el paciente.
- Examinar los desafíos institucionales y organizativos identificados en la literatura, considerando su vinculación con el ODS 16 (Instituciones eficaces e inclusivas), y su implicación para la implementación estructural de la ACP en el ámbito de los cuidados al final de vida.

2. Metodología

La metodología seguida en este trabajo se diseñó para garantizar un proceso riguroso, transparente y replicable en la identificación, selección, análisis y síntesis de la literatura relevante. A continuación, se describen en detalle el diseño de la revisión, los criterios de

inclusión y exclusión aplicados, las estrategias de búsqueda empleadas y los procedimientos utilizados para la extracción y análisis de los datos.

2.1. Diseño de la revisión

La presente es una revisión sistemática mixta de la literatura, realizada de acuerdo con el estándar *Preferred Reporting for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Page et al., 2021). La revisión incluye estudios cualitativos, cuantitativos o mixtos, abordando tanto perspectivas de pacientes como de profesionales implicados, y sintetiza los resultados mediante un enfoque narrativo integrado.

La presente revisión no fue registrada previamente en ninguna base de datos pública, como PROSPERO u *Open Science Framework* (OSF), dado que se trata de un Trabajo Fin de Máster sin fines de publicación inmediata.

2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Con el fin de asegurar la calidad y la relevancia de los estudios que formaron parte de la presente revisión, se establecieron los criterios de inclusión y exclusión que serán especificados a continuación.

2.2.1. Criterios de inclusión

Para la revisión se incluyeron estudios cualitativos, cuantitativos o mixtos que abordaran la implementación, evaluación o análisis de la ACP en el contexto de los CP. Se aceptaron investigaciones que estudiaran intervenciones, programas, barreras o facilitadores vinculados a la ACP de forma explícita.

La población objetivo fueron pacientes en situación de enfermedad avanzada o terminal, atendidos en entornos de CP. También, se incluyeron estudios que abordaban la perspectiva de profesionales de la salud, familiares o cuidadores, dado que la implementación de la ACP suele implicar múltiples niveles de participación.

El contexto asistencial contemplado incluyó servicios hospitalarios, domiciliarios, comunitarios y centros especializados en CP.

Se aceptaron estudios publicados en inglés o español, siempre que hubieran sido revisados por pares y estuvieran disponibles en texto completo. El rango temporal de inclusión fue desde enero del 2022 hasta mayo del 2025, con el fin de actualizar y completar los hallazgos.

de la revisión sistemática previa por Chen et al. (2024), que abarcó literatura hasta 2022 e incluyó solo tres artículos de ese año. La inclusión del mismo año 2022 permite evitar omisiones relevantes en el análisis actual.

2.2.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron aquellos artículos que fuesen de opinión, editoriales, cartas al editor, comentarios y disertaciones no publicadas, así como estudios teóricos o conceptuales que no incluyeran análisis empíricos, revisiones sistemáticas, metaanálisis o estudios de caso único.

También se descartaron investigaciones que abordaran la ACP fuera del contexto de CP, como en ámbitos de salud mental, pediatría o rehabilitación, así como aquellos artículos que hicieran uso tangencial del concepto de ACP de manera tangencial, sin centrarse en su implementación ni sus barreras o facilitadores asociados.

Asimismo, no se contemplaron artículos duplicados, preprints, publicaciones no revisadas por pares, ni versiones preliminares no definitivas. Se excluyeron igualmente los estudios realizados únicamente en modelos animales o simulaciones, aquellos cuyo texto completo no estuviera disponible y publicaciones en idiomas distintos al inglés o español.

Finalmente, no fueron considerados aquellos artículos centrados en contextos no clínicos ni comunitarios relacionados con los CP, como intervenciones escolares, penitenciarias o en investigación básica.

2.3. Fuentes de información

El proceso se llevó a cabo en cinco bases de datos electrónicas: *Web of Science*, *Cochrane*, *Scopus*, *PubMed* y *EBSCOhost*. Las primeras fueron consultadas por última vez el 11 de mayo de 2025, y *EBSCOhost*, el 15 de mayo de 2025. En esta última plataforma, se incluyeron los buscadores especializados: *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *MEDLINE Complete*, *CINAHL with Full Text* y *APA PsycInfo*, *Academic Search Ultimate*.

2.4. Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda se desarrolló para identificar estudios relevantes sobre la implementación del modelo de ACP en CP, con un enfoque en la calidad de vida en estudios

cualitativos y mixtos, y en los resultados reportados por los pacientes (PROMs) para los cuantitativos.

Con este fin, los términos de búsqueda fueron seleccionados tras un análisis previo de palabras clave y prescriptores MeSH (*Medical Subject Headings*) centrados en los conceptos principales del estudio: la atención centrada en la persona, cuidados paliativos y la calidad de vida.

Como parte de los criterios de exclusión, se integró en las ecuaciones de búsqueda la eliminación de artículos de revisión, incluyendo revisiones sistemáticas, revisiones bibliográficas, metaanálisis o *scoping reviews*. Asimismo, se descartaron estudios que no hubiesen sido realizados con seres humanos o que pertenecieran a ramas del conocimiento ajenas a la psicología, medicina o enfermería.

En cuanto a la población, se incluyeron únicamente estudios que abordaban a pacientes de CP, fuese por enfermedad terminal o por vejez, sin límite de edad.

Finalmente, se aplicaron filtros mediante las herramientas de refinamiento de cada base de datos para excluir documentos que no fueran artículos científicos, como libros, capítulos, tesis doctorales o actas de congreso.

A continuación, se detalla cómo se aplicó la estrategia en cada una de las bases de datos consultadas (Tabla 1).

Tabla 1

Resumen de estrategia de búsqueda

| Base de datos | Ecuación de búsqueda | Filtros | Resultados |
|-------------------------|---|--|-------------------|
| <i>Cochrane Library</i> | <i>("person-centered care" OR "patient-centered care" OR "individualized care") AND ("palliative care" OR "end-of-life care" OR "terminal care") AND ("quality of life" OR "well-being" OR "patient-reported outcomes" OR "PROMs") NOT ("systematic review" OR "meta-analysis" OR "scoping review" OR "literature review" OR "review")</i> | Años de publicación (2022-2025) | 13 artículos |
| <i>EBSCOhost</i> | <i>("person-centered care" OR "patient-centered care" OR "individualized care"): En AB Resumen; AND ("palliative care" OR "end-of-life care" OR "terminal care"): En TI Título; AND ("quality of life" OR "well-being" OR "patient-reported outcomes"; OR "PROMs"): En SU Términos temáticos; NOT ("systematic review" OR "meta-analysis" OR "scoping review" OR "literature review" OR "review"): En TI Título</i> | <i>Bases: Psychology and Behavioral Sciences Collection, MEDLINE Complete, CINAHL with Full Text, APA PsycInfo y Academic Search.</i> Años de publicación (2022-2025), tipo de documento (publicaciones académicas) idioma (inglés y español) | 20 artículos |
| <i>PubMed</i> | <i>("person-centered care"[Title/Abstract] OR "patient-centered care"[Title/Abstract] OR "person-centred care"[Title/Abstract] OR "individualized care"[Title/Abstract]) AND ("palliative care"[Title/Abstract] OR "end-of-life care"[Title/Abstract] OR "terminal care"[Title/Abstract]) AND ("quality of life"[Title/Abstract] OR "life satisfaction"[Title/Abstract] OR "well-being"[Title/Abstract] OR</i> | Años de publicación (2022-2025), inclusión de solo estudios en humanos y exclusión de preprints | 39 artículos |

| Base de datos | Ecuación de búsqueda | Filtros | Resultados |
|----------------|--|---|--------------|
| | <i>"QoL"[Title/Abstract]) NOT ("systematic review"[Publication Type] OR "review"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "scoping review"[Title/Abstract] OR "narrative review"[Title/Abstract] OR "integrative review"[Title/Abstract] OR "umbrella review"[Title/Abstract])</i> | | |
| Scopus | <i>(KEY("person-centered care" OR "individualized care")) AND (KEY("palliative care" OR "end-of-life care")) AND (KEY("quality of life" OR "well-being" OR "patient-reported outcomes" OR "PROMs")) AND (PUBYEAR > 2022) AND (LIMIT-TO(DOCTYPE, "ar")) AND (LIMIT-TO(LANGUAGE, "English")) AND (LIMIT-TO(SUBJAREA, "MEDI") OR LIMIT-TO(SUBJAREA, "NURS") OR LIMIT-TO(SUBJAREA, "PSYC"))</i> | Años de publicación (2022-2025), tipo de documento (artículos), idioma (inglés) y áreas temáticas (medicina, enfermería y psicología) | 27 artículos |
| Web of Science | <i>TS=("person-centered care" OR "patient-centered care" OR "individualized care") AND TS=("palliative care" OR "end-of-life care" OR "terminal care") AND TS=("quality of life" OR "well-being" OR "patient-reported outcomes" OR "PROMs") NOT TS=("systematic review" OR "meta-analysis" OR "scoping review" OR "literature review" OR "review").</i> | Idioma (inglés o español), años de publicación (2022-2025) y tipo de documento (artículos). | 64 artículos |

Nota: La columna "Resultados" indica el número de artículos identificados en cada base de datos tras aplicar los filtros de búsqueda descritos, antes del proceso de eliminación de duplicados y revisión por título/resumen.

2.5. Proceso de selección de estudios

El proceso de selección fue realizado por una única revisora, por lo que no fue necesario aplicar ningún método de resolución de discrepancias. Como herramienta de gestión de resultados se utilizó el gestor de referencias *Zotero*, empleando sus funciones de etiquetado, anotación y organización mediante carpetas clasificatorias.

En total, se recuperaron 163 artículos aplicando las estrategias de búsqueda previamente descritas. De ellos, 60 fueron eliminados con *Zotero* al tratarse de duplicados entre bases de datos. Los 103 restantes fueron evaluados en varias fases para determinar su elegibilidad siguiendo los criterios establecidos.

En la fase de cribado, se revisaron títulos, palabras clave y resúmenes para eliminar estudios que no cumplieran con los criterios de inclusión. Se excluyeron los que:

- No abordasen intervenciones de atención centrada en la persona en el contexto de cuidados paliativos.
- No reportasen resultados relacionados con la calidad de vida, bienestar o resultados reportados por pacientes (PROMs).
- Eran revisiones sistemáticas, metaanálisis o cualquier otro tipo de revisión que no hubiese sido excluida en el filtrado anterior.

Esta etapa permitió eliminar 3 estudios adicionales, quedando 100 artículos restantes. De estos, 58 fueron excluidos tras una inspección rápida por no cumplir los criterios, además de:

- Artículos en otro idioma (en concreto, portugués y alemán).
- Imposibilidad de acceder al texto completo con las credenciales de la universidad.

De esta manera, se eliminaron 61 artículos y 42 fueron seleccionados para una revisión más profunda. En esta lectura detallada, se excluyeron 32 estudios que, si bien abordaban la ACP en CP, lo hacían de manera tangencial o no resultaba el elemento central del estudio.

Así, quedaron 11 estudios preseleccionados. No obstante, uno de ellos fue excluido en una revisión final por no cumplir con los criterios establecidos, lo que condujo a un total de 10 artículos incluidos en el análisis final.

2.6. Proceso de extracción de datos

Para la extracción de datos relevantes de los estudios incluidos, se diseñó una matriz estructurada de registro que permitió recopilar de forma sistemática la información clave de cada artículo. Los datos extraídos incluyeron: primer autor y año de publicación, tamaño de la muestra, variables medidas, tipo de intervención realizada e instrumentos utilizados. Esta información fue recopilada manualmente por la misma revisora responsable de la selección, y registrada en una hoja de cálculo complementaria al gestor de referencias *Zotero*. Esta estrategia aseguró la trazabilidad y organización de los datos necesarios para la síntesis de resultados (véase Tabla 2).

2.7. Evaluación de calidad metodológica

Como paso final, a estos 10 artículos incluidos se les aplicó la herramienta *JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses*, desarrollada por el Joanna Briggs Institute (JBI) para evaluar la calidad metodológica de revisiones sistemáticas. La interpretación de los resultados proporcionados por esta escala no se basa en una puntuación numérica oficial, por lo que se realizó una evaluación cualitativa global basada en el número y tipo de respuestas “Sí”, “No” o “No Claro” (JBI, 2017). Adicionalmente, se añadió la etiqueta de “No Aplica” (NA) en los apartados que no resultaban pertinentes según el diseño metodológico o el alcance de cada estudio evaluado.

Se consideraron estudios de alta calidad aquellos con al menos nueve respuestas afirmativas y sin ítems críticos en “No” o “No Claro”. En cambio, aquellos con más de tres ítems negativos o inciertos fueron clasificados como de calidad metodológica moderada o baja.

La evaluación fue realizada por la misma revisora de forma independiente. Los resultados revelan que, en su mayoría, los trabajos presentan una calidad metodológica moderada o alta. Entre los ítems que con mayor frecuencia se cumplen son aquellos relacionados con la claridad en la formulación de los objetivos, la definición de criterios de inclusión y la adecuación en la extracción y análisis de datos. Por el contrario, los aspectos menos abordados incluyen la evaluación del sesgo de publicación, el uso de revisores independientes para la evaluación crítica y la aplicación de estrategias de búsqueda sistemáticas. El resumen detallado de esta evaluación se presenta en la Tabla 3.

Tabla 3*JBI Critical Appraisal Checklist aplicada a los artículos seleccionados*

| Artículo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | CM |
|-------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------|----|----------|
| Bhardwaj et al. (2023) | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | No | Sí | NA | No | Poco claro | Sí | Moderada |
| Hinkle et al. (2023) | Sí | Sí | No | NA | NA | NA | Sí | NA | No | Poco claro | Sí | Moderada |
| Hunter et al. (2024) | Sí | Sí | No | NA | NA | NA | Sí | NA | No | Poco claro | Sí | Moderada |
| Kayikci et al. (2025) | Sí | Sí | No | NA | NA | NA | Sí | NA | No | Poco claro | Sí | Moderada |
| Kochems et al. (2024) | Sí | Sí | No | NA | NA | NA | Sí | NA | No | Poco claro | Sí | Moderada |
| Namisango et al. (2025) | Sí | NA | No | Poco claro | Sí | Alta |
| Pakenham et al. (2024) | Sí | Sí | No | NA | NA | NA | Sí | NA | No | Poco claro | Sí | Moderada |
| Saurman et al. (2022) | Sí | Sí | No | NA | NA | NA | Sí | NA | No | Poco claro | Sí | Moderada |
| Seipp et al. (2022) | Sí | NA | No | Poco claro | Sí | Alta |
| Sorensen et al. (2022) | Sí | NA | No | Poco claro | Sí | Alta |

Nota: 1. Pregunta clara; 2. Criterios inclusión; 3. Estrategia búsqueda adecuada; 4. Fuentes adecuadas; 5. Criterios selección claros; 6. Evaluación crítica realizada; 7. Extracción de datos adecuada; 8. Métodos apropiados para combinar estudios; 9. Evaluación sesgo; 10. Consideración del sesgo en interpretación; 11. Conclusiones respaldadas por los datos y CM: Calidad metodológica.

2.8. Síntesis de los datos

Dado que los estudios incluidos presentan una diversidad metodológica y se centran principalmente en experiencias, percepciones y dinámicas relacionadas con la implementación de la ACP en CP, se optó por una síntesis temática narrativa. Este enfoque permite agrupar los hallazgos, reconocer patrones comunes entre los estudios y facilitar la comprensión de las principales barreras, facilitadores y estrategias propuestas para implementar la ACP en CP. Esta forma de síntesis resulta especialmente adecuada para integrar evidencia cualitativa y mixta desde una perspectiva comprensiva y contextualizada.

3. Resultados

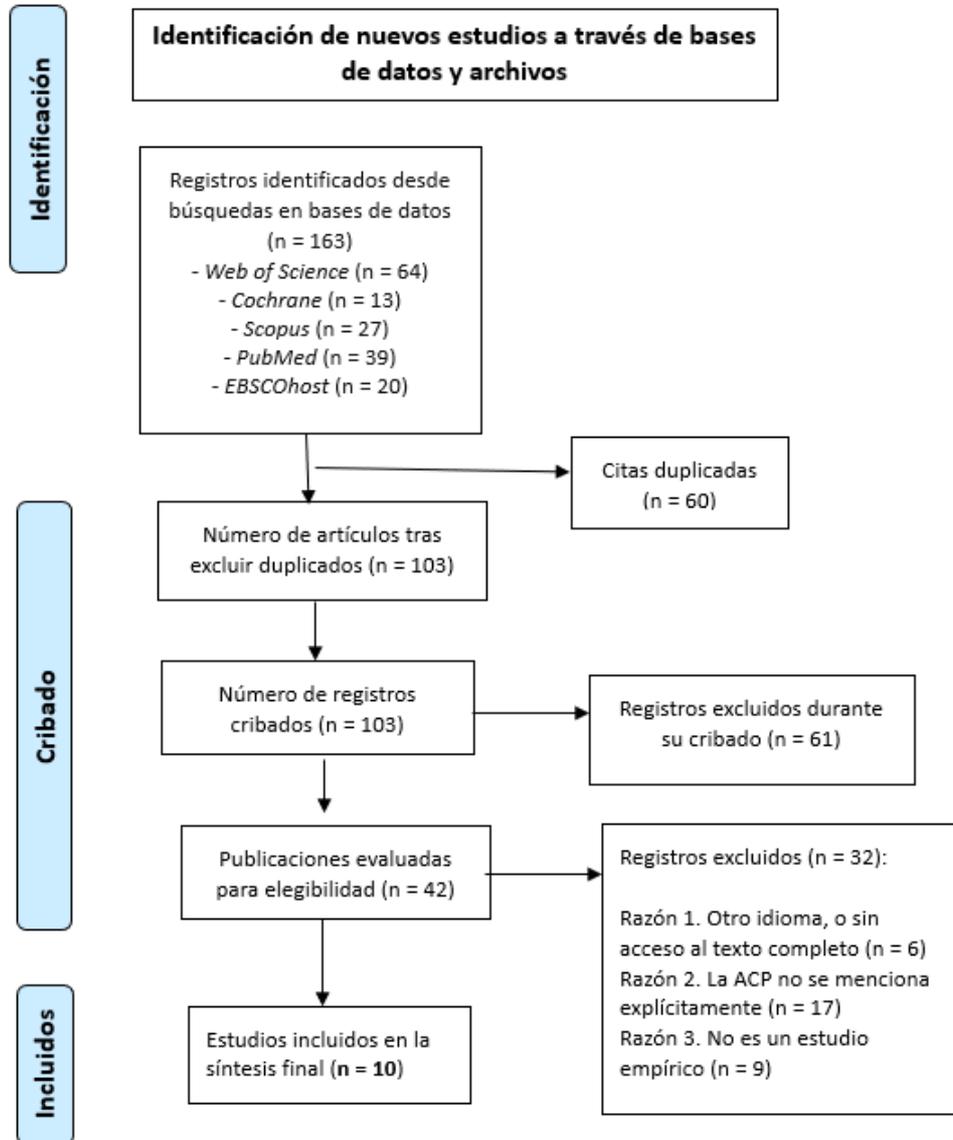
En esta sección se presentan los hallazgos derivados de la revisión, organizados en función de los objetivos específicos. Se incluyen los resultados del proceso de selección de estudios, las características metodológicas de los trabajos incluidos y una síntesis temática de las principales barreras, facilitadores y estrategias reportadas.

3.1. Selección de los estudios

El proceso completo de cribado y selección se resume gráficamente en la Figura 1, siguiendo el diagrama de flujo PRISMA. Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión previamente descritos (véase apartado 2.5), se seleccionaron inicialmente 42 estudios, de los cuales se excluyeron 32 por razones de idioma, acceso limitado al texto completo, falta de enfoque empírico o escasa relevancia del modelo de ACP. Finalmente, se incluyeron 10 estudios en el análisis. Uno de los trabajos inicialmente preseleccionados (Duan et al., 2022) fue descartado en una fase final de revisión al no centrarse en cuidados paliativos, sino en cuidados generales de final de vida en personas mayores sin enfermedad terminal.

Figura 1

Diagrama de Flujo PRISMA



3.2. Características metodológicas de los estudios

En la Tabla 2 se presentan las características metodológicas clave de los estudios analizados, incluyendo el diseño, tamaño muestral, variables medidas, intervención e instrumentos utilizados.

Tabla 2*Variables extraídas*

| Artículo | Tamaño muestral | Variables medidas | Intervención | Instrumentos utilizados | Tipo de diseño | Ubicación |
|------------------------|---------------------------------|---|---|---|-----------------------------------|--|
| Bhardwaj et al. (2023) | Fase I: N = 17 Fase V: N = 6 | Equivalencia semántica, comprensión del IPOS Hindi, comunicación, calidad de vida | Adaptación transcultural del IPOS Hindi | IPOS (versión hindi), entrevistas cognitivas | Mixto, predominancia cualitativa. | Clínicas CanSupport (hospicios localizados en India). |
| Hinkle et al. (2023) | N = 80 | Percepción calidad de vida, prioridades, satisfacción vital, preferencias final de vida, satisfacción vital, valor asignado a la vida | Entrevistas cualitativas | Entrevistas cualitativas, NVivo software, version 1.4 (Lumivero). | Cualitativo | Norton Children's Hospital en Louisville, Kentucky, EEUU. |
| Hunter et al. (2024) | N = 184 | Autoeficacia, burnout, satisfacción por compasión, cuidado centrado en la persona | Implementación del modelo SPA-LTC, encuesta por escalas | ProQOL, EOL-PC, PDC | Mixto | Hospicios situados en Alberta, Manitoba, Ontario y Saskatchewan, Canadá. |
| Kayikci et al. (2025) | N = 141 | Empatía, calidad de vida profesional, percepción de cuidados individualizados | No intervención; uso de ProQOL | ETS, ProQOL R-IV, ICS-Nurse-A | Cuantitativo | Clínicas de CP de hospitales en Estambul, Turquía |

| Artículo | Tamaño muestral | Variables medidas | Intervención | Instrumentos utilizados | Tipo de diseño | Ubicación |
|-------------------------|--|--|---|--|----------------|--|
| | | | R-IV, ETS y ICS-Nurse-A | | | |
| Kochems et al. (2024) | N = 12 | Experiencias subjetivas en cuidados, síntomas, preocupaciones, toma de decisiones, comunicación con cuidadores, carga familiar, recomendaciones de cuidado | Entrevistas cualitativas | Entrevistas semiestructuradas, análisis cualitativo temático | Cualitativo | Hospicios situados en región central de Países Bajos |
| Namisango et al. (2025) | N = 434 (pacientes), N = 431 (familiares) | Preocupaciones, síntomas, dolor | Aplicación de escalas, entrevistas semiestructuradas y cognitivas | C-POS | Mixto | Hospitales de Uganda, Kenia y Sudáfrica |
| Pakenham et al. (2024) | N = 81 | Preferencias de medio de atención psicológica, dominios terapéuticos preferidos, bienestar | Cuestionario cualitativo y cuantitativo | Cuestionario mixto y preguntas abiertas | Mixto | Usuarios del Servicio Especializado de CP en Queensland, Australia |
| Saurman et al. (2022) | N = 2.353 | Lugar preferido de muerte, lugar de muerte real, duración de atención, | Registros y encuestas | Análisis de registros clínicos, base de datos de pacientes | Cuantitativo | Usuarios de servicios de CP en Australia |

| Artículo | Tamaño muestral | VARIABLES MEDIDAS | Intervención | Instrumentos utilizados | Tipo de diseño | Ubicación |
|------------------------|---|--|---|--|----------------|--|
| Seipp et al. (2022) | Encuesta: N = 76; Grupos focales: N = 14 | Medidas PROMs implementadas, experiencia de profesionales, evaluación de cualidad, cuidados, motivación, miedos y preocupaciones | PROMs (IPOS, IPOS VoC, Phase of Illness) y encuesta NoMAD | IPOS, Phase of Illness, IPOS VoC, OACC | Mixto | Equipos y usuarios de clínicas especializadas de CP en Hesse, Alemania |
| Sorensen et al. (2022) | N = 183 | Bienestar emocional, síntomas físicos, calidad de vida, satisfacción, cambios longitudinales | Implementación de PROMs y ClinROs | PROMs (IPOS), ClinROs, entrevista semiestructurada | Cuantitativo | Pacientes de CP en Rigshospitalet, Copenhague, Dinamarca |

Nota: ClinROs: Clinician-Reported Outcomes; C-POS: Children’s Palliative care Outcome Scale; EOL-PC: End-of-Life Professional Caregiver Survey; ETS: Empathic Tendency Scale; ICS-Nurse-A: Individualized Care Scale – Nurse Version – Attitude Section; IPOS: Integrated Palliative care Outcome Scale; NoMAD: Normalization MeASURE Development; OACC: Outcome Assessment and Complexity Collaborative; PDC: Person-Directed Care; ProQOL: Professional Quality of Life Scale; PROMs: Patient Reported Outcome Measures; SPA-LTC: Staff-Person-Aligned Long-Term Care; VoC: Views of Care.

3.3. Resultados en relación con los objetivos específicos

La Tabla 4 sintetiza los principales hallazgos en relación con los objetivos específicos de la revisión, organizados en torno a las barreras, facilitadores, estrategias de implementación y futuras líneas de investigación identificadas en los estudios.

Tabla 4

Resumen de los resultados respecto a los objetivos específicos.

| Artículo | Barreras | Facilitadores | Estrategias para implementación de la ACP |
|-------------------------|--|--|---|
| Bhardwaj et al. (2023) | Falta de adaptación de instrumentos, dificultades lingüísticas y educativas. | Adaptación transcultural de herramientas | Validación y adaptación transcultural de las escalas; uso de escalas visuales. |
| Hinkle et al. (2023) | Necesidades cambiantes, falta de participación del paciente | Co-creación de planes de atención | Intervenciones adaptadas a la situación inmediata del paciente |
| Hunter et al. (2024) | Presión por eficiencia, escasez de personal, burnout, baja autoeficacia. | Formación en comunicación, apoyo a profesionales | Implementación del modelo SPA-LTC; fomento del bienestar del profesional. |
| Kayikci et al. (2025) | Baja empatía, burnout, falta de apoyo institucional y de formación. | Medición de empatía y cuidado individualizado. | Medición de empatía y percepción del cuidado, formación en empatía para personal de enfermería de CP. |
| Kochems et al. (2024) | Invisibilización de preferencias, falta de coordinación entre servicios y de información | Reconocimiento del paciente como persona, proporcionar información clara | Entrenamiento en actitud empática y estrategias de comunicación, mayor uso de PROMs |
| Namisango et al. (2025) | Falta de instrumentos validados, barreras comunicativas | Participación activa del paciente en creación de medidas | Adaptación cultural de instrumentos |

| Artículo | Barreras | Facilitadores | Estrategias para implementación de la ACP |
|------------------------|--|---|---|
| Pakenham et al. (2024) | Preferencia por atención presencial, limitación de servicios, dificultad de adaptar formato terapéutico. | Intervenciones personalizadas y diseño flexible de intervención (presencial, telefónico, online). | Diseño de intervenciones centradas en valores del paciente. |
| Saurman et al. (2022) | Desalineación entre lugar deseado y lugar de muerte. | Planificación anticipada de cuidados. | Modelos comunitarios de cuidados paliativos, entrevistas de planificación personalizada |
| Seipp et al. (2022) | Carga de trabajo, motivación desigual en profesionales, burnout | Reconocer características individuales y facilitar comunicación entre equipos. | Implementación gradual de PROMs, coordinación entre equipos, centralización de la información |
| Sorensen et al. (2022) | Trato centrado en bienestar subjetivo, escasez de personal, falta de formación específica | Trato individualizado de manera sistematizada. | Uso de PROMs y ClinROs, entrenamiento de profesionales en ACP |

Nota: Listado de abreviaturas. ClinROs: Clinician-Reported Outcomes; PROMs: Patient Reported Outcome Measures;

3.4. Resultados de la síntesis de los estudios

De acuerdo con el objeto de estudio de la revisión, los resultados se han agrupado en las barreras y facilitadores, clasificados a su vez en tres niveles — organizacionales, clínico-profesionales y de paciente-familia —, y a las estrategias identificadas como efectivas en la implementación de la ACP en CP.

3.4.1. Barreras y facilitadores en la implementación de la ACP

En el ámbito organizacional, las barreras surgen con mayor frecuencia son la escasez de personal en el entorno clínico y alta la sobrecarga de trabajo de los profesionales de la salud (Kayikci et al., 2025; Kochems et al., 2024; Sorensen et al., 2022). Asimismo, se mencionan la falta de continuidad entre los servicios de atención primaria, hospitalarios y comunitarios (Saurman et al., 2022), la carencia de formación a nivel institucional sobre la ACP en cuidados paliativos (Kayikci et al., 2025) y la poca integración de las herramientas de evaluación centradas en el paciente (Bhardwaj et al., 2023).

Por otro lado, como facilitadores, destacan la validación y adaptación cultural de instrumentos (Bhardwaj et al., 2023), el respaldo institucional (Seipp et al., 2022) y la colaboración interdisciplinar (Kochems et al., 2024).

Respecto al ámbito clínico-profesional, se identifican como barreras la baja autoeficacia en habilidades de comunicación (Hunter et al., 2024), así como el agotamiento emocional o burnout (Hunter et al., 2024; Kayikci et al., 2025) y la dificultad en abordar temas espirituales (Pakenham y Martin, 2024). Como facilitadores en este plano, Kayikci et al. (2025), identifican el entrenamiento en empatía, mientras que Namisango et al. (2025) señalan el uso de herramientas estructuradas para guiar el cuidado centrado y Seipp et al., (2022) el fomento del bienestar profesional.

Finalmente, en lo que respecta al paciente y su entorno familiar, las barreras que pueden ser destacadas incluyen la falta de participación activa del paciente (Hinkle et al., 2023), las diferencias culturales o lingüísticas (Bhardwaj et al., 2023) y la ausencia de continuidad en la atención emocional (Kochems et al., 2024). A modo de facilitadores se mencionan la inclusión del paciente en la toma de decisiones (Namisango et al., 2025), así como el reconocimiento de la individualidad del mismo (Kochems et al., 2024) y la co-creación de los planes de atención (Hinkle et al., 2023).

3.4.2. Estrategias efectivas identificadas

A continuación, se presentan las principales estrategias identificadas para la implementación eficaz de la ACP y que muestran potencial para mejorar la experiencia de atención y la eficiencia de los CP.

Una primera línea estratégica se refiere a la validación y adaptación transcultural de instrumentos de recogida de resultados centrados en el paciente, como el *Integrated Palliative Outcome Scale* (IPOS) y el *Child-Centered Palliative Outcome Measure* (CCPOM). Estos instrumentos permiten medir con mayor precisión las experiencias, necesidades y prioridades de los pacientes, facilitando una atención más ajustada y significativa (Namisango et al., 2025; Bhardwaj et al., 2023).

Una segunda estrategia clave es la personalización de los programas de intervención. Esta implica la flexibilidad en el diseño y modalidad de las mismas, permitiendo que se adapten a las preferencias individuales. Pakenham y Martin (2024) destacan la importancia de ofrecer diversas modalidades de intervención psicosocial (presencial, telefónica y autodirigida) según las preferencias del paciente. Asimismo, Saurman et al. (2022) subrayan el valor de realizar entrevistas personalizadas para planificar de forma conjunta los cuidados de fin de vida, reduciendo la discordancia entre los deseos del paciente y las decisiones del equipo profesional. En la misma línea, Hinkle et al. (2023), también destaca la necesidad de la creación conjunta de los planes de atención, así como la necesidad de adaptación constante a las necesidades cambiantes de un paciente terminal.

El tercer eje aborda la capacitación y bienestar del personal sanitario como elementos fundamentales para sostener una práctica verdaderamente centrada en la persona. Este es el caso de Hunter et al. (2024), quienes señalan la necesidad de abordaje del burnout de los trabajadores de hogares paliativos mediante el fomento de la autoeficacia y la satisfacción por compasión (Hunter et al. 2024). Por su parte, Kayikci et al. (2025) también hace referencia al burnout de los trabajadores y muestran cómo la alta empatía del personal de enfermería se asocia con un menor nivel de agotamiento y una mayor calidad del cuidado individualizado, lo que resalta la importancia de programas de entrenamiento en empatía. En este sentido, los programas educativos para el personal sanitario se posicionan como otro de las estrategias de implementación de la ACP, no solo en empatía sino también en habilidades comunicativas

(Kochems et al. 2024) y en el uso adecuado de instrumentos de evaluación como PROMs y ClinROs (Sorensen et al. 2022; Kochems et al. 2024).

Por último, la implementación estructurada de PROMs ha sido señalada como una estrategia efectiva para consolidar la ACP en CP, siempre que se acompañe de una mejora en la coordinación y centralización de la información entre los distintos equipos implicados en el cuidado (Seipp et al., 2022).

En conjunto, estas estrategias convergen en un mismo objetivo: transformar los CP en un proceso dinámico, colaborativo y ajustado a la singularidad de cada persona, favoreciendo así una atención más humana y eficiente.

4. Discusión

El análisis de los resultados de esta revisión sistemática pone de manifiesto que, a pesar de la creciente popularidad de la ACP en los últimos años, su implementación sigue siendo un campo en expansión que requiere mayor profundización, especialmente en contextos específicos como los CP.

Mientras que revisiones como las de Huo et al. (2024) han abordado la ACP en CP desde una perspectiva estrictamente cuantitativa, apoyándose en PROMs, la presente revisión ha adoptado un enfoque más amplio, incorporando también estudios cualitativos y mixtos. Esta decisión responde a la necesidad de complementar la evidencia cuantitativa con un análisis más profundo de la experiencia subjetiva de los usuarios, aspecto crucial cuando se pretende mejorar la calidad percibida en la atención al final de la vida. De esta manera, un análisis cualitativo permite identificar variables previamente no captadas y que pueden dificultar una implementación más efectiva de la ACP en entornos paliativos.

A pesar de ello, la relevancia de los instrumentos validados de evaluación sigue siendo un eje central en la literatura reciente, tal y como evidencian una alta proporción de estudios incluidos en esta revisión (Bhardwaj et al., 2023; Hinkle et al., 2023; Namisango et al., 2025; Seipp et al., 2022; Sorensen et al., 2022).

Los resultados de esta revisión muestran cómo las barreras y facilitadores más frecuentemente abordados en estudios de la implementación de la ACP están relacionados con los pacientes. Mientras que varios estudios se centran en el efecto de la falta de participación del paciente en la toma de decisiones en su tratamiento (Hinkle et al., 2023; Namisango et al.,

2025), revisiones como la de Vries et al. (2023) señalan un déficit en el monitoreo y exploración de aspectos más multidimensionales de los pacientes.

La escasa participación del paciente en contextos institucionales ha sido estudiada y se han hallado distintas causas a este fenómeno. En primer lugar, los pacientes se encuentran con barreras organizativas – tales como restricciones temporales o falta de personal asignado a estos usuarios – y percepciones de baja eficacia, como señalan Koch et al (2024). En segundo lugar, también se encuentran falta de voluntad de participación por parte de los pacientes, que no sienten la motivación o desconocen tener la oportunidad de hacerlo (Chegini et al., 2021). Finalmente, una tercera causa es la falta de conocimiento de los profesionales de como animar a los pacientes a su cuidado de adoptar un rol más activo (Gagliardi et al., 2008).

En esta línea, los estudios recogidos por Abu-Odah et al. (2020) se destacaban como barreras factores tales como diferencias culturales de los pacientes, el desconocimiento del modelo de ACP y la dificultad para expresar deseos de cuidado. Estos elementos aparecen también en la presente revisión sistemática, donde se subrayan la baja participación del paciente en la toma de decisiones (Hinkle et al., 2023), así como las barreras culturales y lingüísticas que se hallan en contextos clínicos de CP (Bhardwaj et al., 2023).

Por otro lado, la literatura previa se encuentra más centrada en el ámbito clínico-profesional. La revisión de Antunes et al. (2014) ya señalaba como barreras la resistencia al cambio por parte de los profesionales, junto con una formación insuficiente en comunicación y habilidades relacionales. Estos puntos son reafirmados en la revisión actual, donde se identifican barreras como la baja autoeficacia comunicativa (Hunter et al., 2024) y la necesidad de formación en empatía (Kayikci et al., 2025; Sorensen et al., 2022).

Los facilitadores reconocidos en estudios anteriores incluían la formación continua, el liderazgo institucional y la coordinación interdisciplinar (Antunes et al., 2014). Estos se mantienen en los hallazgos actuales, especialmente la colaboración entre equipos (Kochems et al., 2024) y el respaldo organizacional (Seipp et al., 2022).

Otro aspecto relevante es la forma en que se resalta el bienestar profesional como un facilitador estructural, junto con la premisa de que las características del personal sanitario tienen mayor influencia en la prestación de un cuidado humanizado que los factores organizacionales (Hunter et al., 2024), una dimensión que ha sido escasamente abordada en la literatura previa.

El burnout en los profesionales sanitarios de CP es también sacado a relucir en varios estudios (Hunter et al., 2024; Kayikci et al., 2025; Seipp et al., 2022) y la prevalencia de esta problemática ha impulsado la investigación de sus causas subyacentes. Tan et al. (2025) agrupan los orígenes del burnout en cuatro dimensiones: personales, laborales, institucionales y sociales. Entre los factores personales destacan las motivaciones iniciales para trabajar en CP, las cualidades psicológicas individuales y las estrategias de afrontamiento del estrés. A nivel institucional y social, influyen aspectos como la falta de mecanismos de promoción, salarios y beneficios inadecuados, escaso apoyo gubernamental y falta de reconocimiento profesional. Los factores laborales incluyen la intensidad y condiciones del trabajo, así como las características propias del ámbito paliativo (Tan et al., 2025). Las características propias de los CP incluyen una exposición regular al sufrimiento y la muerte. En ausencia de factores protectores —como el sentido atribuido al trabajo, ciertos rasgos de personalidad (como la amabilidad o la estabilidad emocional) y el apoyo social—, el burnout puede intensificarse y derivar en psicopatología como depresión o ansiedad (Delafontaine et al., 2024).

Martínez et al. (2015) ya señalaban en su revisión que la implementación efectiva de la ACP en CP no podía limitarse al plano asistencial, sino que requería de una reorganización institucional. A nivel organizacional, estudios previos como los de Abu-Odah et al. (2020) identificaban limitaciones estructurales comunes en países de ingresos bajos y medios. En la presente revisión, a pesar de la diversidad geográfica representada en sus estudios, restricciones como la falta de recursos financieros, humanos o de infraestructura no son frecuentemente mencionados.

Por su parte, los hallazgos de la revisión actual coinciden en varios de estos aspectos, confirmando la escasez de personal clínico y la sobrecarga laboral como factores limitantes (Kayikci et al., 2025; Kochems et al., 2024; Sorensen et al., 2022), así como la ausencia de políticas específicas de ACP e incorporando elementos como la falta de continuidad entre niveles asistenciales (Saurman et al., 2022). Del mismo modo, Antunes et al. (2014) resaltaban la falta de tiempo y de protocolos institucionales como barreras clave.

Además de las barreras y facilitadores, esta revisión también permitió identificar un conjunto de estrategias efectivas para la implementación de la ACP en CP, lo cual constituía uno de los objetivos fundamentales del estudio. Estas estrategias se han clasificado por niveles para facilitar su aplicación práctica y se agrupan también como de nivel organizacional, clínico-

profesional y de nivel paciente-familia, y su función es la de aportar líneas claras para orientar la mejora de las prácticas asistenciales.

Finalmente, esta revisión introduce aportaciones novedosas relacionadas con los métodos de adaptación a las características y necesidades de los pacientes de CP. Mientras que autores como Hudon et al. (2011) subrayaban la necesidad de adoptar herramientas de evaluación que midiesen la percepción del paciente sobre la atención, esta revisión constata la eficacia de la validación cultural de instrumentos de evaluación (Bhardwaj et al., 2023), el uso de herramientas centradas en la persona para estructurar los cuidados (Namisango et al., 2025) y el diseño de intervenciones de formato flexible (Pakenham et al., 2024).

En términos de ODS, esta revisión se alinea claramente con el ODS 3, centrado en garantizar una vida sana y promover el bienestar, lo que se observa en como en la mayoría de los estudios analizados la búsqueda de la promoción de una atención paliativa de calidad, digna y respetuosa ha sido priorizada. Asimismo, el ODS 16, que promueve instituciones eficaces y responsables, es también el eje central de investigaciones como la de Hunter et al. (2024) y tratado como aspecto fundamental en numerosas otras (Pakenham et al., 2024; Saurman et al., 2022; Seipp et al., 2022; Sorensen et al., 2022), al destacar la necesidad de marcos organizativos que faciliten una atención equitativa y sostenible al final de la vida.

En conjunto, los hallazgos de esta revisión sistemática aportan una comprensión ampliada y contextualizada sobre los factores que afectan la implementación de la Atención Centrada en la Persona en cuidados paliativos. Al integrar estudios cuantitativos, cualitativos y mixtos, se ha podido ofrecer una visión más matizada de las barreras y facilitadores desde las perspectivas organizacional, clínica y del paciente. Estos resultados no solo enriquecen el conocimiento existente, sino que también sientan las bases para el desarrollo de estrategias de intervención más eficaces, culturalmente sensibles y sostenibles, orientadas a mejorar la calidad de vida en la atención al final de la vida.

Asimismo, esta revisión permitió identificar un conjunto de estrategias efectivas para la implementación de la ACP en CP, clasificadas por niveles de actuación, que pueden orientar la mejora de las prácticas asistenciales desde un enfoque centrado en la persona.

En síntesis, esta revisión sistemática aporta una visión integrada y actualizada sobre la implementación de la Atención Centrada en la Persona en cuidados paliativos, diferenciándose de estudios previos al incorporar una perspectiva multinivel (organizacional, clínico-profesional

y paciente-familia), así como al incluir evidencia reciente y metodológicamente diversa. Al identificar estrategias concretas y clasificarlas por niveles de intervención, este trabajo no solo contribuye a llenar vacíos en la literatura, sino que también ofrece herramientas prácticas para mejorar la calidad asistencial y orientar futuras investigaciones en contextos clínicos complejos.

4.1. Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación

Conforme a los resultados obtenidos de la presente revisión, se derivan implicaciones relevantes en tres ámbitos: práctico, político-institucional y de investigación futura.

4.1.1. *Implicaciones para la práctica clínica*

Esta revisión ha mostrado la necesidad de crear programas de formación robustos para los profesionales sanitarios de CP, tanto en el uso de herramientas PROMs y ClinROs como en la ACP como marco de referencia para el trato a pacientes y familias. Este mismo punto puede aplicarse en lo referente a la formación de centros sanitarios con departamentos de CP, con el fin de crear un frente de acción con un marco teórico unificado.

Asimismo, resulta pertinente la incorporación de diferentes enfoques metodológicos, incorporando investigaciones longitudinales para explorar los efectos a largo plazo de la ACP en la calidad de vida en los familiares y cuidadores de pacientes paliativos. Además, este enfoque permitiría la identificación de barreras y facilitadores que emergen con el tiempo y documentar si son transitorias o persistentes, así como estudiar la sostenibilidad y el impacto de los resultados clínicos.

4.1.2. *Implicaciones político-institucionales*

Puesto que la ACP depende de gran manera de medidas presupuestarias, se considera que la exploración del impacto de acciones de implementación de la ACP en CP con rangos de asignación económica baja, media y alta. Adicionalmente, resulta crucial la validación de instrumentos en localizaciones y condiciones clínicas diversas, de modo que puedan ofrecer una representación más adecuada de las variables que documentan y aportando datos de mayor relevancia para la práctica clínica.

De igual forma, se subraya la necesidad de validar instrumentos de medición en diversas localizaciones y condiciones clínicas, lo cual favorecería una representación más ajustada de las

variables documentadas y dotaría de mayor solidez a los datos empleados en la toma de decisiones clínicas.

4.1.3. *Implicaciones para la investigación futura*

Acompañando el auge de las tecnologías aplicadas a la salud, se destaca la importancia de estudiar su papel como facilitadoras de la ACP en el ámbito de los CP. Esto incluye, por ejemplo, su uso en la atención domiciliar de pacientes que eligen morir en casa, así como en la mejora de la comunicación con usuarios cuyas condiciones médicas dificultan o imposibilitan la expresión verbal.

Además, se considera fundamental avanzar en estudios que contemplen los contextos sociales y culturales de la población destinataria, con el fin de diseñar intervenciones más pertinentes y adaptadas. En esta línea, también se propone investigar el impacto del uso de opioides y analgésicos en la medición de variables como los PROMs, el dolor y la calidad de vida, debido a su alta prevalencia en el ámbito de los cuidados paliativos. Finalmente, se destaca la necesidad de la incorporación de investigaciones específicas del impacto de la ACP en niños y adolescentes en cuidados al final de vida, ya que como muestra la presente revisión, la mayoría de los estudios se realizan con población adulta y anciana, obviando las idiosincrasias de la población joven.

Finalmente, se evidencia una laguna en la literatura relativa a la población pediátrica y adolescente. La mayoría de los estudios incluidos en esta revisión se enfocan en adultos o personas mayores, por lo que se considera prioritaria la inclusión de investigaciones centradas específicamente en la aplicación e impacto de la ACP en niños y adolescentes en cuidados al final de la vida.

4.2. Limitaciones del estudio

A lo largo de la realización de la presente revisión sistemática, se han identificado una serie de limitaciones metodológicas que es necesario considerar.

Para empezar, hay que tener en cuenta la heterogeneidad entre los protocolos de búsqueda, los instrumentos empleados y las poblaciones objeto de los estudios incluidos, lo cual dificulta una comparación directa y sistemática entre los mismos en el proceso de síntesis.

Otro aspecto relevante es que, aunque se aplicaron filtros y criterios de inclusión/exclusión claramente definidos, la búsqueda bibliográfica y el proceso de selección fueron realizados por una única revisora, con lo que puede introducir sesgos en la identificación y selección de estudios.

De la misma manera, es importante señalar la escasa cantidad de estudios finalmente seleccionados para el análisis y finalmente incluidos en el análisis. Esta limitación reduce la capacidad de generalización de los hallazgos y puede afectar la representatividad respecto a la diversidad de contextos asistenciales, marcos culturales y enfoques clínicos existentes. En consecuencia, los resultados deben interpretarse con cautela, entendiendo que constituyen una aproximación exploratoria y no una revisión exhaustiva.

Finalmente, otra limitación relevante tiene que ver con la posible exclusión involuntaria de trabajos pertinentes debida a la terminología diversa utilizada en la literatura científica para referirse tanto a la ACP como a los CP. La coexistencia de términos como *person-centered care*, *patient-centered care*, *individualized care* o *holistic care*, así como la inclusión de conceptos como *supportive care* o *end-of-life care*, genera un solapamiento terminológico que puede haber dificultado la identificación precisa de estudios relevantes. A pesar de haberse diseñado una estrategia de búsqueda amplia y exhaustiva, no puede descartarse que algunos trabajos pertinentes hayan quedado excluidos por emplear terminología no estandarizada.

5. Conclusiones

Considerando los resultados obtenidos, esta revisión sistemática permite concluir que la efectiva implementación de la ACP en el ámbito de los CP depende de un adecuado examen de las variables que ejercen de barreras y facilitadores en cada entorno clínico. La presente revisión, al integrar estudios cualitativos, cuantitativos y mixtos, ha permitido identificar dimensiones organizacionales, clínicas y familiares que influyen de manera directa en dicha implementación.

Uno de los hallazgos centrales de la presente revisión ha sido la identificación de estrategias efectivas que pueden guiar la mejora práctica en el ámbito de CP, las cuales muestran un alto potencial para favorecer una implementación contextualizada y sostenible de la ACP en este contexto.

Los datos obtenidos muestran que, si bien la ACP representa un modelo de atención con gran potencial para mejorar la calidad de vida de personas en situación terminal, su implementación requiere un enfoque flexible, dinámico y contextualizado. No resulta eficaz aplicar un programa único e inmutable, ya que las necesidades y valores de los pacientes deben guiar tanto las decisiones clínicas como las organizativas.

Uno de los principales hallazgos de esta revisión está relacionado con el reconocimiento del paciente como un ser único y con necesidades particulares. Esto cobra especial relevancia en las fases finales de la vida, donde resulta fundamental ajustar el tratamiento a variables como la edad, la cultura, la religión o las características cambiantes de la patología. La inclusión del paciente en la toma de decisiones y la co-creación de planes de atención se perfilan como pilares esenciales de una ACP efectiva.

Asimismo, se evidencia la importancia del rol del personal sanitario en este proceso. Los profesionales de CP, debido a la naturaleza emocionalmente exigente de su labor, son especialmente susceptibles al burnout. En este sentido, su formación debe incluir no solo aspectos técnicos, sino también competencias relacionales, manejo emocional y estrategias de autocuidado, con el fin de preservar su bienestar psicológico y garantizar una atención humanizada.

De igual modo, se destaca la necesidad de implementar estrategias institucionales que respalden la ACP, tales como políticas de coordinación entre niveles asistenciales, respaldo organizacional, protocolos institucionales claros y capacitación continua del personal. Estas condiciones estructurales son clave para consolidar una atención verdaderamente centrada en la persona.

Además, esta revisión subraya la relevancia de los instrumentos de evaluación — especialmente los PROMs y PCOMs— para recoger la experiencia del paciente de manera estandarizada. Sin embargo, se recomienda su validación cultural, lingüística y funcional, así como su combinación con métodos cualitativos, para asegurar una captación holística y precisa de la vivencia del paciente paliativo.

Por todo lo anterior, se concluye que la ACP no debe limitarse a la práctica clínica aislada, sino que debe integrarse transversalmente en la cultura institucional, las políticas públicas y la organización del sistema sanitario. Su optimización requiere una visión multisectorial e interprofesional que contemple el plano organizativo, clínico-profesional y

familiar, con el objetivo de promover modelos de atención dignos, participativos, equitativos y basados en la evidencia.

En definitiva, aunque se han logrado avances significativos en la conceptualización de la ACP, su integración efectiva en los CP continúa enfrentando retos complejos. Esta revisión aporta claves relevantes para orientar su implementación futura de manera más eficiente, contextualizada y respetuosa con la singularidad de cada persona.

6. Bibliografía

- Abu-Odah, H., Molassiotis, A., & Liu, J. (2020). Challenges on the provision of palliative care for patients with cancer in low- and middle-income countries: A systematic review of reviews. *BMC Palliative Care*, 19(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00558-5>
- Antunes, B., Barclay, S., Kuhn, I., Eagar, K., Bausewein, C., Murtagh, F., Etkind, S., Bowers, B., Dixon, S., Lovick, R., Harding, R., Higginson, I., & Shokraneh, F. (2023). Implementing patient-centred outcome measures in palliative care clinical practice for adults (IMPCOM): Protocol for an update systematic review of facilitators and barriers. *F1000Research*, 12, 224. <https://doi.org/10.12688/f1000research.131479.2>
- Antunes, B., Harding, R., Higginson, I. J., & Euroimpact. (2014). Implementing patient-reported outcome measures in palliative care clinical practice: A systematic review of facilitators and barriers. *Palliative Medicine*, 28(2), 158-175. <https://doi.org/10.1177/0269216313491619>
- Aworinde, J., Ellis-Smith, C., Gillam, J., Roche, M., Coombes, L., Yorganci, E., & Evans, C. J. (2022). How do person-centered outcome measures enable shared decision-making for people with dementia and family carers?—A systematic review. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 8(1), e12304. <https://doi.org/10.1002/trc2.12304>
- Bhardwaj, T., Chambers, R. L., Watson, H., Srividya, Higginson, I. J., & Hocaoglu, M. B. (2023). Translation and cross-cultural adaptation of the Integrated Palliative Care Outcome Scale in Hindi: Toward capturing palliative needs and concerns in Hindi speaking patients. *Palliative Medicine*, 37(3), 391-401. <https://doi.org/10.1177/02692163221147076>
- Chegini, Z., Arab-Zozani, M., Shariful Islam, S. M., Tobiano, G., & Abbasgholizadeh Rahimi, S. (2021). Barriers and facilitators to patient engagement in patient safety from patients and healthcare professionals' perspectives: A systematic review and meta-synthesis. *Nursing Forum*, 56(4), 938–949. <https://doi.org/10.1111/nuf.12635>
- Chen, L., Sleeman, K. E., Bradshaw, A., Sakharang, W., Mo, Y., & Ellis-Smith, C. (2024). The Use of Person-Centered Outcome Measures to Support Integrated Palliative Care for Older People: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 25(8), 105036. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105036>
- Cookson, G., & Hussain, H. (2024, noviembre 26). *Latest estimates show that 20 people a day die in unrelieved pain across the UK at the end of their lives—OHE*. OHE - Leading

- intellectual authority on global health economics. <https://www.ohe.org/insight/20-people-a-day-die-in-unrelieved-pain-across-the-uk-at-the-end-of-their-lives/>
- da Costa Santos, C. M., de Mattos Pimenta, C. A., & Nobre, M. R. C. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 15(3), 508-511. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000300023>
- Death with Dignity. (s. f.). *About Death with Dignity: Advocating for end-of-life options*. <https://www.deathwithdignity.org/about/>
- Delafontaine, A.-C., Anders, R., Mathieu, B., Salathé, C. R., & Putois, B. (2024). Impact of confrontation to patient suffering and death on wellbeing and burnout in professionals: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 23(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01393-8>
- de Vries, K., Drury-Ruddlesden, J., & Gaul, C. (2023). Person-centred care in palliative settings: A meta-synthesis of qualitative studies. *International Journal of Palliative Nursing*, 29(2), 70–79. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2023.29.2.70>
- de Vries, S., Verhoef, M.-J., Vervoort, S. C. J. M., van der Linden, Y. M., Teunissen, S. C. C. M., & de Graaf, E. (2023). Barriers and facilitators that hospital clinicians perceive to discuss the personal values, wishes, and needs of patients in palliative care: A mixed-methods systematic review. *Palliative Care and Social Practice*, 17, 26323524231212510. <https://doi.org/10.1177/26323524231212510>
- Dewing, J. (2004). Concerns relating to the application of frameworks to promote person-centredness in nursing with older people. *Journal of Clinical Nursing*, 13(s1), 39-44. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00925.x>
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-Centered Care—Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The Values and Value of Patient-Centered Care. *The Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>
- Etkind, S. N., Daveson, B. A., Kwok, W., Witt, J., Bausewein, C., Higginson, I. J., & Murtagh, F. E. M. (2015). Capture, Transfer, and Feedback of Patient-Centered Outcomes Data in Palliative Care Populations: Does It Make a Difference? A Systematic Review. *Journal of*

- Pain and Symptom Management*, 49(3), 611-624.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.07.010>
- Feliciano, D. R., & Reis-Pina, P. (2024). Enhancing End-of-Life Care With Home-Based Palliative Interventions: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 68(5), e356-e372. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.07.005>
- Gagliardi, A. R., Lemieux-Charles, L., Brown, A. D., Sullivan, T., & Goel, V. (2008). Barriers to patient involvement in health service planning and evaluation: an exploratory study. *Patient Education and Counseling*, 70(2), 234–241.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.09.009>
- Giusti, A., Nkhoma, K., Petrus, R., Petersen, I., Gwyther, L., Farrant, L., Venkatapuram, S., & Harding, R. (2020). The empirical evidence underpinning the concept and practice of person-centred care for serious illness: A systematic review. *BMJ Global Health*, 5(12), e003330. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003330>
- Grand View Research. (n.d.). *Palliative care market size, share & trends report, 2030*.
<https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/palliative-care-market-report#>
- Hinkle, J., Wiener, L., Altschuler, A., Brock, K., Casperson, M., Chao, C., Fisher, L., Kushi, L., Lakin, J., Lefebvre, A., Schwartz, C., Shalman, D., Wall, C., & Mack, J. (2023). What Constitutes Quality of Life? Perspectives of Adolescents and Young Adults With Advanced Cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 21(12), 1243-1250. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2023.7067>
- Hudon, C., Fortin, M., Haggerty, J. L., Lambert, M., & Poitras, M.-E. (2011). Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine. *The Annals of Family Medicine*, 9(2), 155-164.
<https://doi.org/10.1370/afm.1226>
- Hunter, P. V., McCleary, L., Qiao, T., Sussman, T., Venturato, L., Thompson, G., Wickson-Griffiths, A., & Kaasalainen, S. (2024). Delivering person-centred palliative care in long-term care settings: Is humanism a quality of health-care employees or their organisations? *Ageing and Society*, 44(4), 898-915. Scopus.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X22000459>
- Huo, B., Song, Y., Chang, L., & Tan, B. (2022). Effects of early palliative care on patients with incurable cancer: A meta-analysis and systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 31(6), e13620. <https://doi.org/10.1111/ecc.13620>

- Iupati, S., Stanley, J., Egan, R., MacLeod, R., Davies, C., Spence, H., Iupati, D., Middlemiss, T., & Gwynne-Robson, I. (2023). Systematic Review of Models of Effective Community Specialist Palliative Care Services for Evidence of Improved Patient-Related Outcomes, Equity, Integration, and Health Service Utilization. *Journal of Palliative Medicine*, 26(11), 1562-1577. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0461>
- Joanna Briggs Institute. (2017). *JBI Critical Appraisal Tools | JBI*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Kane, P. M., Ellis-Smith, C. I., Daveson, B. A., Ryan, K., Mahon, N. G., McAdam, B., McQuillan, R., Tracey, C., Howley, C., O’Gara, G., Raleigh, C., Higginson, I. J., Murtagh, F. E., Koffman, J., & BuildCARE. (2018). Understanding how a palliative-specific patient-reported outcome intervention works to facilitate patient-centred care in advanced heart failure: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 32(1), 143-155. <https://doi.org/10.1177/0269216317738161>
- Kayikci, E., Savci, C., & Akinci, A. (2025). Palliative nurses’ empathic tendencies, quality of life, individualized care perceptions. *Nursing Ethics*, 32(3), 941-954. <https://doi.org/10.1177/09697330251314091>
- Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centered care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 4-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x>
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Kwete, X. J., Bhadelia, A., Rosa, W. E., Touchton, M., Méndez-Carniado, O., Enciso, V. V., Pastrana, T., Friedman, J. R., Connor, S. R., Downing, J., Jamison, D. T., Krakauer, E. L., Watkins, D., Calderon-Anyosa, R., Garcia-Santisteban, R., Nargund, R. S., Cleary, J., ... Radbruch, L. (2025). The evolution of serious health-related suffering from 1990 to 2021: An update to The Lancet Commission on global access to palliative care and pain relief. *The Lancet Global Health*, 13(3), e422-e436. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00476-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00476-5)
- Koch, A., Brust, L., & Weigl, M. (2024). Barriers and Facilitators of Patient Engagement Activities to Improve Patient Safety in Healthcare Organizations: A Delphi-Based Expert Survey. *Risk management and healthcare policy*, 17, 3217–3226. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S489522>
- Kochems, K., De Graaf, E., Hesselmann, G. M., & Teunissen, S. C. C. M. (2025). Being Seen as a Unique Person is Essential in Palliative Care at Home and Nursing Homes: A Qualitative

- Study With Patients and Relatives. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 42(2), 207-216. <https://doi.org/10.1177/10499091241242810>
- Mas, M. À., Miralles, R., Ulldemolins, M. J., Garcia, R., Gràcia, S., Picaza, J. M., Fernández, M. N., Rocabayera, M. A., Rivera, M., Relación, N., Asensio, M. T., Laporta, P., Morcillo, C., Nadal, L., Hervás, R., Fuguet, D., Alba, C., Banqué, N. M., Jimenez, S., ... Estrada, O. (s. f.). Evaluating Person-Centred Integrated Care to People with Complex Chronic Conditions: Early Implementation Results of the ProPCC Programme. *International Journal of Integrated Care*, 23(4), 18. <https://doi.org/10.5334/ijic.7585>
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A Concept Analysis of Person-Centered Care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6-15. <https://doi.org/10.1177/0898010111412189>
- Namisango, E., Murtagh, F. E. M., Bristowe, K., Downing, J., Powell, R. A., Atieno, M., Sandham, M., Ali, Z., Meiring, M., Mwangi-Powell, F. N., Abbas, M., Fraser, L. K., Higginson, I. J., & Harding, R. (2025). A novel child-centred core palliative care outcome measure for use in clinical practice and research: Findings from a multinational validation study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 23(1). Scopus. <https://doi.org/10.1186/s12955-025-02346-2>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020, agosto 5). *Palliative care*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2024, octubre 1). *Ageing and health*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pakenham, K., & Martin, C. (2024). Psychosocial palliative care: Patients' preferred intervention medium, target domains, and well-being priorities. *Palliative & Supportive Care*, 22(4), 742-750. <https://doi.org/10.1017/S1478951522001535>

- Park, M., Giap, T.-T.-T., Lee, M., Jeong, H., Jeong, M., & Go, Y. (2018). Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies*, *87*, 69-83.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006>
- Peeler, A., Afolabi, O., & Harding, R. (2024). Palliative care is an overlooked global health priority. *BMJ*, q2387. <https://doi.org/10.1136/bmj.q2387>
- Ramos-García, V., Rivero-Santana, A., Peñate-Castro, W., Álvarez-Pérez, Y., Duarte-Díaz, A., Torres-Castaño, A., Trujillo-Martín, M. D. M., González-González, A. I., Serrano-Aguilar, P., & Perestelo-Pérez, L. (2025). A Brief Web-Based Person-Centered Care Group Training Program for the Management of Generalized Anxiety Disorder: Feasibility Randomized Controlled Trial in Spain. *JMIR Medical Education*, *11*, e50060-e50060.
<https://doi.org/10.2196/50060>
- Respaldiza-Berroeta et al. (2023, junio 6). *Protocolo de proyecto de investigación. Atención centrada en la persona y en la familia: La perspectiva de los pacientes y los profesionales en atención primaria*. Medicina General y de Familia.
<https://mgvf.org/protocolo-de-proyecto-de-investigacion-atencion-centrada-en-la-persona/>
- Reuters. (2025, abril 22). *Age-burdened “silver economy” comes with silver linings, IMF finds*.
<https://www.reuters.com/en/age-burdened-silver-economy-comes-with-silver-linings-imf-finds-2025-04-22/>
- Rogers, C. R. (1979). *The Foundations of the Person-Centred Approach*.
<http://www.elementsuk.com/libraryofarticles/foundations.pdf>
- Rotterdam, S. B. (2025, abril 19). *I’m 82, I’ve had enough and because I’m Dutch I can die*.
<https://www.thetimes.com/world/europe/article/im-82-ive-had-enough-and-because-im-dutch-i-can-die-x3j6pnms>
- Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, *21*(2), 429-440.
<https://doi.org/10.1111/hex.12640>
- Saurman, E., Allingham, S., Draper, K., Edwards, J., Moody, J., Hooper, D., Kneen, K., Connolly, J., & Eagar, K. (2022). Preferred Place of Death—A Study of 2 Specialist Community Palliative Care Services in Australia. *Journal of Palliative Care*, *37*(1), 26-33.
<https://doi.org/10.1177/08258597211018059>

- Seipp, H., Haasenritter, J., Hach, M., Becker, D., Schütze, D., Engler, J., Bösner, S., & Kuss, K. (2022). State-wide implementation of patient-reported outcome measures (PROMs) in specialized outpatient palliative care teams (ELSAH): A mixed-methods evaluation and implications for their sustainable use. *BMC Palliative Care*, 21(1).
<https://doi.org/10.1186/s12904-022-01109-w>
- Sherwood, H., & Elgot, J. (2024, noviembre 25). About 20 terminally ill people in UK die in unrelieved pain each day, research finds. *The Guardian*.
<https://www.theguardian.com/society/2024/nov/25/about-20-terminally-ill-people-in-uk-die-in-unrelieved-pain-each-day-research-finds>
- Sorensen, J., Sjogren, P., Stine, C., Sorensen, T., Heinecke, K., Larsen, H., Eidemak, I., & Kurita, G. (2022). Patient-reported outcome measures (PROMs) and palliative-care clinician reported outcomes (ClinROs) mutually improve pain and other symptoms assessment of hospitalized cancer-patients. *Scandinavian Journal of pain*, 22(3), 569-577.
<https://doi.org/10.1515/sjpain-2021-0162>
- Tan, F., Wu, Y., Li, N., Zhang, C., Chen, S., Huang, L., Chen, Y., Jiang, J., & Deng, Q. (2025). Job burnout and resilience among palliative care professionals in China: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 24(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01638-6>
- Taggart, E., & Teshale, S. (2022, noviembre 23). States make progress on palliative care. *NASHP; National Academy for State Health Policy*. <https://nashp.org/states-make-progress-on-palliative-care/>
- Tong, L.-K., Tam, H.-L., & Mao, A.-M. (2025). A Bibliometric Review of Person-Centered Care Research 2010–2024. *Healthcare*, 13(11), Article 11.
<https://doi.org/10.3390/healthcare13111267>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2023). *World Social Report 2023: Leaving No One Behind in an Ageing World*. United Nations.
<https://doi.org/10.18356/9789210019682>
- White, D. L., Newton-Curtis, L., & Lyons, K. S. (2008). Development and Initial Testing of a Measure of Person-Directed Care. *The Gerontologist*, 48(suppl_1), 114-123.
https://doi.org/10.1093/geront/48.Supplement_1.114