

# La Comunicación en la Relación Médico-Paciente-Familia en Cuidados Paliativos.

## Communication in the Doctor-Patient-Family Relationship in Palliative Care.

### \*Correspondencia:

[jeniffer.baque@gmail.com](mailto:jeniffer.baque@gmail.com)

Avda. Pedro Menéndez Gilbert y  
Avda. Atahualpa Chávez - Telf:  
[593] 096 257 4606.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

**Fondos:** [Ver la página 207](#)

**Recibido:** 1 Octubre 2019

**Aceptado:** 18 Noviembre 2019

**Publicado:** 30 Diciembre 2019

### Membrete bibliográfico:

Baque J, Vallejo M. La Comunicación en la Relación Médico-Paciente-Familia en Cuidados Paliativos. Rev. Oncol. Ecu 2019;29(3):199-209.

ISSN: 2661-6653

DOI: <https://doi.org/10.33821/449>

Copyright Baque J. Este artículo es distribuido bajo los términos de [Creative Commons Attribution License](#), el cual permite el uso y redistribución citando la fuente y al autor original.

**Jeniffer Elizabeth Baque Hidalgo**<sup>1\*</sup> , **Mariana Vallejo Martínez**<sup>2</sup>

1. Postgrado de Cuidados Paliativos, Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Ecuador.
2. Servicio de Cuidados Paliativos, SOLCA - Guayaquil.

### Resumen

**Propósito de la revisión:** el objetivo de la revisión es delinear el rol de la Comunicación en la relación Médico-Paciente-Familia. Buscamos reportes en donde se incluye a la familia en la relación de cuidadores de pacientes enfocados en el área oncológica de cuidados paliativos.

**Recientes hallazgos:** La verdad es uno de los agentes terapéuticos más potentes disponibles. El objetivo de la comunicación es: Disminuir la incertidumbre, por dolorosa que sea la información solicitada. La información y entrevista al paciente oncológico debe ser preparada con anterioridad tomando en cuenta un Formato el más usado es el protocolo "COMFORT" por sus siglas en inglés.

**Extracto:** Dentro de cualquier ámbito de trabajo que concierne a los profesionales de la salud, pero muy especialmente en el de los Cuidados Paliativos, la comunicación se constituye como uno de los elementos terapéuticos fundamentales en la intervención médica y psicológica. La manera de transmitir malas noticias y el manejo del impacto emocional que esto puede ocasionar, el acompañamiento profesional necesario en las distintas fases de la enfermedad, o la fundamental coordinación y manejo de situaciones difíciles por parte de los profesionales sanitarios son sólo algunos de los aspectos importantes en la calidad, eficacia y eficiencia del abordaje integral en Cuidados Paliativos Esta revisión tiene por objetivo estudiar la bibliografía existente y hacer un análisis en relación con la comunicación con la familia y con el paciente en cuidados paliativos.

**Palabras Claves:** COMUNICACIÓN, RELACIONES MÉDICO-PACIENTE, CUIDADOS PALIATIVOS, CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA.

DOI: 10.33821/449

## Abstract

**Purpose of the review:** the objective of this review is to delineate the role of Communication in the Doctor-Patient-Family relationship. We seek reports where the family is included in the relationship of caregivers of patients focused on the oncology area of palliative care.

**Recent Findings:** The Truth is one of the most powerful therapeutic agents available. The goal of communication is: Reduce uncertainty, no matter how painful the information requested. The information and interview to the oncology patient must be prepared in advance, taking into account the most used format is the "COMFORT" protocol for its acronym in English.

**Extract:** Within any field of work that concerns health professionals, but especially in that of Palliative Care, communication is constituted as one of the fundamental therapeutic elements in medical and psychological intervention. The way of transmitting bad news and the management of the emotional impact that this can cause, the necessary professional support in the different phases of the disease, or the fundamental coordination and management of difficult situations by health professionals are just some of the aspects important in the quality, efficacy and efficiency of the comprehensive approach in Palliative Care This review aims to study the existing bibliography and make an analysis in relation to communication with the family and with the patient in palliative care.

**Keywords:** COMMUNICATION, DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIPS, PALLIATIVE CARE, END OF LIFE CARE.

DOI: 10.33821/449

---

## Introducción

La comunicación es una herramienta terapéutica esencial que da acceso al principio ético de la autonomía, al consentimiento informado, a la confianza mutua, a la seguridad y a la información que el enfermo necesita para ser ayudado y ayudarse a sí mismo. También permite la imprescindible coordinación entre el equipo cuidador, la familia y el paciente, y así reduce visiblemente la ansiedad y el estrés generado al recibir malas noticias.

Establecer una comunicación con el enfermo en situación terminal es para los profesionales sanitarios un obstáculo difícil de preservar en la práctica diaria. Sin embargo, un paciente informado se sentirá en confianza para preguntar sobre el estado de su enfermedad. Se debe conseguir un vínculo conociendo y reconociendo al paciente. El proceso de morir evoca en los cuidadores reacciones psicológicas que conducen directa o indirectamente a evitar la comunicación con el paciente y su familia, por lo cual la relación médico-paciente-familia es fundamental. Se debe contar con el tiempo suficiente para llegar a conocer al paciente, a su familia y al ambiente que lo rodea. La información debe darse de forma lenta, continuada y paulatina, respetando el ritmo y las condiciones personales del enfermo. Es importante que nunca se quite la esperanza a pesar de que se dé mucha información.

---

## La enfermedad y la comunicación entre Médico y Paciente

Es preciso entender la enfermedad como un acontecimiento biológico que obtiene significado preciso a través de la cultura, ya que tanto la sociedad como la ciencia lo definen, lo evalúan y lo simbolizan. Tienen como resultado una construcción social en la que, a partir de las características específicas de cada enfermedad, los individuos la interpretan y modelan sus comportamientos [1].

Nos encontramos en la época de la comunicación, en la cual es indudable la cercanía que tenemos con la información. “Es imposible no comunicarse” dijo Paul Watzlawick filósofo austriaco, todo comunica, hasta los silencios, los gestos, la ubicación de los elementos en el escritorio del médico, la posición de sus manos, su mirada, la mirada del paciente. La comunicación eficaz es considerada un instrumento fundamental para el cuidado integral y humanizado porque, por medio de ella, es posible reconocer y acoger, empáticamente, las necesidades del paciente. En estudio realizado en Sídney, Australia, se relata que la comunicación eficaz es un componente vital de los cuidados paliativos, la cual va mucho más allá de las palabras y del contenido, ya que contempla el escuchar atento, la mirada y la postura, para que se pueda obtener una asistencia guiada por la humanización. [2]

Cuando la comunicación se da en la relación médico-paciente terminal, el respeto, la veracidad, la confianza y la beneficencia cobran importancia, así como la individualidad del enfermo al que nos enfrentamos. En esta situación, la meta es la calidad de vida y no alargar la supervivencia ni producir daños innecesarios. Para ello hay que decidir los aspectos que van a ser abordados en el proceso de la información: diagnóstico, tratamiento, pronóstico y/o apoyo [3] (**Tabla 1**).

La verdad es uno de los agentes terapéuticos más potentes disponibles para nosotros. Pero debemos entender que, así como titulamos el efecto farmacológico de una droga, también debemos conocer la manera en que la esperanza y la negación hacen del equilibrio de un enfermo para tolerar la verdad de una mala noticia [4]. El objetivo de la comunicación es: Disminuir la incertidumbre, por dolorosa que sea la información solicitada y revalorar los vínculos. Dar al paciente y a su familia una orientación y acompañamiento con disponibilidad amplia y certera. La mayor parte del mensaje consiste en la permanente reafirmación de la compañía y del apoyo al paciente y a sus familiares [5].

Logrando una comunicación adecuada aseguramos la empatía del profesional de la salud, así como el reconocimiento de los principales temores y preocupaciones del enfermo y la familia, surgiendo una relación de confianza basada en el respeto mutuo. Las habilidades de comunicación en la entrevista tienen eficacia paliativa (con frecuencia reducen síntomas); tienen un amplio índice terapéutico (la sobredosis es rara), podemos explicar los componentes de la entrevista familiar en la tabla 1 [6]. Al informar a los pacientes, son ellos quienes marcan el camino y el ritmo. El criterio a seguir es el de la «verdad soportable» (**Tabla 2**). No confundir insoportable para el enfermo con incómodo para el médico [7].

**Tabla 1. Componentes de la entrevista familiar en los cuidados.**

<b>Antes de la Entrevista</b>
<p><b>Ambiente:</b> Armar una pre-entrevista con los miembros del equipo multidisciplinario, asegurando que todos los miembros tengan el mismo nivel de entendimiento del problema médico, del paciente, del pronóstico, opciones de tratamiento y los objetivos de la discusión.</p>
<b>Durante la Entrevista</b>
<p><b>Presentar:</b> presente al equipo multidisciplinario al paciente y su familia, nombres y funciones.</p> <p><b>Evaluar:</b> preguntar a la familia que y cuánto conocen acerca de la situación actual.</p> <p><b>Pronóstico:</b> discutir el pronóstico de manera franca y comprensible para el paciente y la familia.</p> <p><b>Aclarar:</b> aclare la incertidumbre del pronóstico para el paciente y la familia.</p> <p><b>Decisión:</b> ¿Qué es lo que quiere el paciente? Evalúe si el paciente admite el tratamiento.</p> <p><b>Apoyo:</b> dar el soporte a la decisión del paciente y familia, incluso si se ha decidido no tratar.</p> <p><b>Ensañamiento Terapéutico:</b> Aclarar que hay que evitar la obstinación terapéutica.</p> <p><b>Muerte:</b> Discutir cómo sería la muerte del paciente y el uso de medidas de soporte.</p> <p><b>Emociones:</b> incentivar al paciente o la familia a que hablen sobre las emociones.</p> <p><b>Silencios:</b> permitir los silencios funcionales.</p>
<b>Resumiendo la reunión</b>
<p><b>Sintetizar</b> las discusiones y planes</p> <p><b>Aclarar</b> las preguntas que tenga el paciente y la familia</p> <p><b>Recalcar</b> el plan básico de seguimiento y asegurarse que la familia tenga como contactar al médico tratante.</p> <p><b>Documentar</b> la reunión en la historia clínica.</p>

En un estudio realizado en la Escuela de Enfermería de la Universidad de California se concluyó que los factores que influyen negativamente en la provisión óptima de atención de cuidados paliativos coordinada incluyeron: claridad de roles; conocimiento de cuidados paliativos, mano de obra y restricciones estructurales. Mientras que los factores facilitadores eran comunicación entre persona-persona, correo electrónico o comunicación electrónica basada en registros médicos; límites de roles definidos; y la educación de los proveedores de atención primaria para distinguir elementos de cuidados paliativos generalistas (GPC) y elementos o situaciones más complejos que requieren proveedores de cuidados paliativos especializados (SPC) [8]. Al capacitar a los miembros del equipo mejoran los procesos de comunicación y aumenta la atención a la comunicación con los cuidadores familiares. Las barreras para la implementación de entrenamientos incluyen: una falta de apoyo institucional, la ausencia de liderazgo y financiamiento [9].

Una de las metodologías más frecuentes para enseñar habilidades de comunicación es el role-playing. Se trata de un método que integra la teoría y la práctica, haciendo que el sanitario se enfrente a situaciones reales, favoreciendo la reflexión y el intercambio de experiencias. Se exponen los siguientes temas: manejar situaciones familiares complejas,

mejorar la atención médica en el proceso de duelo, ayudar a las personas que pierden la esperanza y favorecer la expresión de sentimientos, posteriormente la interpretación se escenifica y se graba, esto es un método de ayuda para enfrentarse con mayor seguridad a situaciones de comunicación complejas en la práctica clínica [10]. Un estudio realizado en City of Hope National Medical Center, Duarte, California evaluó la utilidad de un plan de estudios de comunicación de cuidados paliativos, el cual identifico el currículo de comunicación COMFORT (Communication; Orientation and Opportunity; Mindful presence; Family; Openings; Relating, and Team) como una herramienta de apoyo en la web para enseñar la comunicación específica sobre cuidados paliativos a múltiples disciplinas [11]. Doce residentes que fueron incluidos en el programa educativo mostraron mejoras estadísticamente significativas en la comunicación general y más específicamente en la discusión del estado del cuadro clínico y la respuesta a las emociones [12].

**Tabla 2. Utilidad de conocer la “verdad soportable”.**

Utilidad
<p><b>Tratamiento oportuno:</b> Tomar las medidas terapéuticas oportunas para su cuidado.</p> <p><b>Despejar dudas:</b> y angustias ante lo desconocido.</p> <p><b>Romper el silencio:</b> ayudar a romper la conspiración del silencio.</p> <p><b>Confianza:</b> aumentar la confianza del enfermo y la familiar en el personal de salud.</p> <p><b>Planes:</b> tratar de arreglar sus asuntos pendientes.</p> <p><b>Valor:</b> Dar valor a lo que realmente merece la pena.</p> <p><b>Disfrutar:</b> disfrutar más plenamente de los últimos momentos.</p> <p><b>Despedida:</b> intentar reunirse con los seres queridos, reconciliarse y despedirse adecuadamente.</p> <p><b>Ensañamiento terapéutico:</b> evitar tratamientos fútiles.</p>

## Fases en la evolución de la enfermedad grave.

Se suelen distinguir diferentes fases en concreto en el marco de la enfermedad cancerosa:

**Fase curativa:** centrada en la curación y basada en el tratamiento específico (quimioterapia y radioterapia, por ejemplo) y cuidados de apoyo.

**Fase paliativa activa:** en la que ya no se contempla la curación, aunque se pueda prolongar el tiempo de vida. Los tratamientos específicos pueden estar indicados y se debe tener en cuenta lo expresado por el paciente.

**Fase paliativa sintomática:** centrada de manera exclusiva en el alivio de síntomas y en la mejora de la calidad de vida del paciente. El tratamiento a seguir se valora junto con el enfermo y la familia.

**Fase terminal y fase agónica:**, en las que la muerte es inminente, pero no resulta posible determinar el momento en el que va a producirse. el objetivo terapéutico durante estas fases

es luchar contra los orígenes del malestar y de la incomodidad, sin precipitar la muerte [13]. El término "cuidado de la comodidad" se utiliza aquí para describir un conjunto de intervenciones básicas de atención paliativa que proporcionan alivio inmediato de los síntomas en un paciente que está muy cerca de la muerte [14.]

Cada vez hay más conciencia de la necesidad de una comunicación eficaz en la atención de la salud, en particular con las personas que se enfrentan a un diagnóstico pavoroso y un futuro incierto para ellos mismos. Investigaciones recientes sugieren que la mayoría de los pacientes desean conocer su diagnóstico y el progreso del tratamiento y la enfermedad. Esto puede entrar en conflicto con la necesidad de los profesionales de la salud de proteger a sus pacientes y mantener un mensaje optimista incluso cuando las perspectivas son muy pobres. La comunicación eficaz depende no sólo de los profesionales, sino también de los pacientes y cuidadores [15]. Las habilidades en la comunicación son esenciales en la atención personalizada y la fijación de metas se describe en la **tabla 3**.

**Tabla 3. Las habilidades en la comunicación paliativa.**

Habilidades
<p><b>Reconocer información:</b> información básica para su diagnóstico y tratamiento.</p> <p><b>Marcar presencia:</b> hacerle sentir cuidado y acompañado.</p> <p><b>Evaluar:</b> su reacción ante la enfermedad, sus temores y ansiedades. Detectar las necesidades de la familia. Conocer si dispone o no de voluntades finales: a) testamento vital y b) directrices previas</p> <p><b>Evaluar lo previo:</b> conocer sus experiencias previas con la enfermedad.</p> <p><b>Aliviar:</b> Facilitarle alivio sintomático eficaz y mejorar su autoestima. Conocer que es lo que puede aumentar su bienestar</p> <p><b>Promover la adherencia:</b> Ayudarle a avanzar en su proceso de adaptación a la enfermedad. Facilitarle participar en su proceso.</p> <p><b>Ofrecerle información veraz:</b> para que pueda planificar su futuro y resolver pendientes</p> <p><b>Dar esperanza:</b> Ayudarle a mantener su esperanza. Abrir puertas o mejorar la relación con sus seres queridos.</p> <p><b>Educar:</b> Ayudarle a vencer el tabú de la muerte. Mantener una relación de confianza con el equipo que le cuida.</p>

Por lo general, se aconseja brindar una información gradual en un contexto de veracidad y sostenimiento permanente de los miembros, de manera de restaurar la esperanza en la ayuda. No comprometa su relación con el enfermo aliándose con la familia en no decirle la verdad al paciente cuando él la solicite. El deber del médico es aproximarle en dirección a la realidad, cuando necesite conocer más, irá preguntando [16]. El paciente y sus allegados pueden ser consultados juntos o por separado, de acuerdo con sus deseos, puede ser útil e incluso necesario reunirlos para poder obtener información común y facilitar así el dialogo dentro de la familia; también puede ser necesario reunirse por separado, pero sin dejar de informar al paciente para no generarle aun mayor ansiedad [17]. Al comienzo de la conversación, es útil preguntar a los familiares lo que ya saben y utilizar técnicas de escucha activa, debemos estar prestos a observar los síntomas que presentan los familiares (**Tabla 4**).

**Tabla 4. Síntomas de los familiares de pacientes con enfermedad terminal.**

<b>Síntomas generados al alterarse el funcionamiento familiar</b>
Funcionamiento con patrones rígidos Ciclo vital familiar alteado Sobreprotección del enfermo Sobrecarga del cuidador
<b>Síntomas dependientes de la comunicación</b>
La conspiración del silencio.
<b>Síntomas emocionales expresados por la familia</b>
Miedo Negación Cólera Ambivalencia afectiva
<b>Síntoma familiar asociado a la esfera social</b>
Aislamiento social
<b>Síntomas de patrones funcionales familiares</b>
Claudicación familiar
<b>Síntomas familiares asociadas al duelo</b>
Duelo patológico

## Voluntades Anticipadas

La planificación de la atención anticipada permite a los pacientes intervenir en el tipo de atención que recibirá cuando no sean capaces de tomar sus propias decisiones. El personal clínico puede ser capacitado para integrar conversaciones avanzadas de planificación de la atención en su trabajo [18].

Los pacientes con frecuencia citan opciones de vida en lugar de decisiones médicas para querer saber el pronóstico. En un estudio que involucró a 60 adultos mayores discapacitados afroamericanos, latinos, chinos y blancos, el 75 por ciento afirmó que desearía saber si su médico pensaba que tenían menos de un año de vida. Las razones dadas incluyeron tener tiempo para ordenar sus asuntos espirituales, decir "adiós" y prepararse financieramente [19].

## Recomendaciones para una comunicación eficaz

1. Realizar entrevistas claras, cortas, correctas, centradas en el paciente, y en la verdad.
2. Inspirarle confianza, cercanía, evitar distanciamientos o evasiones dañinas que aumenten los sufrimientos, no invadir su espacio físico, actuar con cautela y respeto.
3. La muerte no debe centrarse como único tema de conversación.
4. Considerar lenguaje verbal y no verbal (**Tabla 5**).
5. Saber escuchar, no inducir respuestas, respetar el silencio útil.
6. No perder el orden del relato, estimular a continuar tema.
7. Interpretar cuando sea necesario, asistir a asuntos concretos.
8. Estimular al control de la toma de decisiones.
9. No reprimirle reacciones emocionales de ira y de cólera, permitirle expresar culpabilidad, comprender su depresión, dejarlo solo cuando lo desee.
10. Prestar atención a su dolor, quejas y sufrimientos, no negarlos.
11. Darle apoyo emocional auténtico, compartir con naturalidad sentimientos de familia.
12. Brindarles esperanzas sin evadir su realidad de enfermo terminal.
13. Hablar al lado del paciente con voz normal sin susurros.

**Tabla 5. Elementos de la comunicación no verbal**

Positivos	Negativos
Mirar al interlocutor	Alzar la ceja
Adoptar gestos de interés	Fruncir el entrecejo
Uso de facilitadores verbales	No mirara al interlocutor
Sentarse a su lado	Mantenerse rígido
Ligera inclinación hacia adelante	Volver la cabeza una y otra vez
Brazos y piernas abiertas	Dejarse caer en la silla
Expresión facial positiva	Poner expresión crítica
Actitud tranquila	Mostrarse inquieto

## Conclusiones

Las evidencias científicas muestran que la comunicación interpersonal es la única forma de establecer, mantener y mejorar los contactos. Hablar sobre nuestras preocupaciones, o lo que nos pasa, es tan necesario como respirar. Y ese hecho muestra cómo somos, lo que permite a los profesionales tener un contexto para poder comprender y evaluar la percepción del paciente, pues éste busca ante todo ayudar al paciente, en la medida de lo posible, a resolver con él sus problemas y así mejorar la calidad de vida, la cual se sustenta sobre el bienestar físico y mental de las personas. Tenemos unas necesidades básicas fisiológicas que es necesario cubrir (respiración, alimentación, descanso, homeostasis, etc.), otras asociadas a un buen control sintomático de la enfermedad (de las que se ocupan médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, etc.). Y otras necesidades de seguridad, espiritualidad, afiliación, reconocimiento y autorrealización, de las que se ocupan psicólogos, agentes pastorales y trabajadores sociales.

## Agradecimientos

Al personal del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca – Guayaquil y al personal de la biblioteca de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Ecuador.

---

## Información adicional

### Abreviaturas

**COMFORT**: de las siglas en inglés: Communication; Orientation and Opportunity; Mindful presence; Family; Openings; Relating, and Team.

---

### Nota del Editor

La Revista Oncología Ecu permanece neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales en mapas publicados y afiliaciones institucionales.

### Archivos Adicionales

Ninguno declarado por los autores.

---

### Sistemas antiplagio

El documento fue escaneado por los sistemas antiplagio de la revista, reportando originalidad completa del documento y ausencia de redundancia hasta la fecha de aceptación del artículo.

---

### Fondos

Los fondos de la investigación fueron propios de los autores del presente artículo.

---

### Disponibilidad de datos y materiales

Existe la disponibilidad de datos bajo solicitud al autor de correspondencia. No se reportan otros materiales.

---

### Contribuciones de los autores

JEBA realizó la idea de investigación, revisión bibliográfica, escritura del artículo.

MVM: realizó el análisis crítico del artículo, correcciones editoriales. Las autoras leyeron y aprobaron la versión final del artículo.

---

#### Aprobación de ética y consentimiento para participar

No aplica para este artículo.

---

#### Consentimiento para publicación

No aplica para este estudio

---

#### Información de los autores

**Jeniffer Elizabeth Baque Hidalgo**, Médica Postgradista, de la especialidad de Cuidados Paliativos, Universidad Católica Santiago de Guayaquil.



[jeniffer.baque@gmail.com](mailto:jeniffer.baque@gmail.com)



<https://orcid.org/0000-0002-1220-8197>

**Mariana Vallejo Martínez**, Médica tratante del Servicio de Dolor y Paliativos del Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo".-Solca- Guayaquil. Master en Atención paliativa.



[mcvallejom@hotmail.es](mailto:mcvallejom@hotmail.es)



<https://orcid.org/0000-0001-5727-262X>

---

## Referencias

1. Sánchez Fuentes JM. Equipo de Atención Psicosocial (EAPS). El psicólogo en cuidados paliativos. ELSEVIER Medicina Paliativa. 2014;106:1-2.
2. França JRFS, Costa SFG, Lopes MEL, Nóbrega MML, França ISX. Importancia de la comunicación en los cuidados paliativos en oncología pediátrica: un enfoque en la Teoría Humanística de Enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2013;21(3):1-7. SU: [shorturl.at/oqwF8](https://shorturl.at/oqwF8)
3. Vargas RM. Cuidados paliativos: vida al final de la vida. SECPAL Medicina Paliativa. 2016;23(3):111-112.
4. Susana L. Comunicación en Cuidados Paliativos. Intramed 2015;4(1).
5. Harman S, Arnold R. Discutiendo noticias serias. UP TO DATE. 2019:2-8.
6. Espinoza-Suárez NR, Zapata del Mar CM, Mejía Pérez LA. Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. Revista de Neuro-Psiquiatria. 2017;80(2): 125-136. DOI: [10.20453/rnp.v80i2.3105](https://doi.org/10.20453/rnp.v80i2.3105)

7. Ferrell B, Buller H, Paice J, Anderson W, Donesky D. End-of-Life Nursing and Education Consortium Communication Curriculum for Interdisciplinary Palliative Care Teams. *Journal of Palliative Medicine* 2019;1082-1091. DOI: [10.1089/jpm.2018.0645](https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0645)
8. Dudley N, Ritchie C, Rehm R, Chapman S, Margaret I. Wallhagen. Facilitators and Barriers to Interdisciplinary Communication between Providers in Primary Care and Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine* 2019;243-249. DOI: [10.1089/jpm.2018.0231](https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0231)
9. Wittenberg E, Ferrell B, Goldsmith J, Ragan S, Paice J. Assessment of a Statewide Palliative Care Team Training Course: COMFORT Communication for Palliative Care Teams. *Journal of Palliative Medicine*. Jul 2016;746-752. DOI: [10.1089/jpm.2015.0552](https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0552)
10. Sánchez Fernández M CVA. Aprendizaje de habilidades de comunicación en Cuidados Paliativos: una experiencia con estudiantes de Grado de Enfermería. *ELSEVIER MEDICINA PALIATIVA*. 2014;; p. MEDIPA-124; No. of Pages 2.
11. Wittenberg-Lyles E, Goldsmith J, Ferrell B, Burchett M. Assessment of an Interprofessional Online Curriculum for Palliative Care Communication Training. *Journal of Palliative Medicine*. Apr 2014.400-406. DOI: [10.1089/jpm.2013.0270](https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0270)
12. Vergo MT, Sachs S, MacMartin M, Kirkland K, Cullinan A, Stephens L. Acceptability and Impact of a Required Palliative Care Rotation with Prerotation and Postrotation Observed Simulated Clinical Experience during Internal Medicine Residency Training on Primary Palliative Communication Skills. *Journal of Palliative Medicine*. May 2017;542-547. DOI: [10.1089/jpm.2016.0348](https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0348)
13. Varin D. Cuidados paliativos y acompañamiento: un proceso de capital importancia. *EMC - Tratado de medicina*. 2013;17(2):1-5 [Artículo E – 7-1098].
14. Blinderman CD, Billings JA. Comfort Care for Patients Dying. *The new england journal of medicine*. *N Engl J Med* 2015;373:2549-2561. DOI: [10.1056/NEJMr1411746](https://doi.org/10.1056/NEJMr1411746)
15. Faulkner A. ABC of palliative care. Communication with patients, families, and other professionals. *BMJ*. 1998;316(7125):130-132. DOI: [10.1136/bmj.316.7125.130](https://doi.org/10.1136/bmj.316.7125.130)
16. Cynthia L. La comunicación, base de la humanización en salud, Comunideas, Consultoria Artesana en Comunicación. Universidad Complutense de Madrid. 2018:2-3.
17. Seccareccia D, Wentlandt K, Kevork N, Workentin K, Blacker S, Gagliese L, et al. Communication and Quality of Care on Palliative Care Units: A Qualitative Study *Journal of Palliative Medicine*. 2015:758-764. DOI: [10.1089/jpm.2014.0408](https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0408)
18. Blendon RJ, Benson JM, McMurtry CL. The Upcoming U.S. Health Care Cost Debate - The Public's Views. *N Engl J Med*. 2019;380(26):2487-2492. DOI: [10.1056/NEJMp1905710](https://doi.org/10.1056/NEJMp1905710)
19. Smith A. Comunicacion del pronostico en Cuidados Paliativos. Up to date. 2019;2-10.
20. Peris SF. La comunicación terapéutica: acompañando a la persona. *Revista Panacea*. 2016;; p. 1-10.

#### Abreviaturas en la referencias

**DOI:** Digital Object Identifier

**PMID:** PubMed Identifier

**SU:** Short URL