



LOS MOMENTOS PARA HABLAR DE LA MUERTE EN CUIDADOS PALIATIVOS: UNA EXPLORACIÓN DESDE LA OBSERVACIÓN ETNOGRÁFICA EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO

OPPORTUNITIES TO DISCUSS DEATH IN PALLIATIVE CARE: AN EXPLORATION BASED ON ETHNOGRAPHIC OBSERVATION AT A HOSPITAL IN MEXICO CITY

Norma Alicia Ordóñez Vázquez¹ y Elyse Singer Ona

Recibido: 14/06/2026 **Aceptado:** 23/06/2026

RESUMEN

Los médicos que atienden a pacientes al final de la vida deben tener una formación integral para contar con diversas herramientas que les facilite hablar de la muerte. Se llevó a cabo una observación etnográfica en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México que atiende a pacientes con cáncer. Se realizó observación etnográfica, aproximadamente 47 semanas de observación en el área de cuidados paliativos, del mes de julio de 2023 al mes de junio del 2024. Este trabajo se desarrolló a partir de la observación hospitalaria y de las notas de campo. Se presentan los momentos en los que se habla de la muerte, las habilidades de comunicación de los médicos en formación en el área de cuidados paliativos y la importancia de hablar de las voluntades anticipadas. A partir de la observación etnográfica se identificaron cuatro momentos en los que los médicos consiguen hablar de la muerte en el área de cuidados paliativos, cuando hay empatía y buena relación médico-paciente, hay consciencia y aceptación de la enfermedad, existe avance inminente de la enfermedad y cuando el paciente ya no puede emitir sus decisiones y debe existir comunicación con los familiares. Se concluye que es necesario un mejor manejo de la comunicación al final de la vida al implementar en médicos residentes programas educativos desde la bioética para abordar el tema de la muerte, hacer énfasis en la atención de las emociones del personal de salud y difundir las voluntades anticipadas una vez que ingresan los pacientes al hospital para acercarlos a la toma de decisiones al final de la vida, siempre respetando su autonomía.

Palabras clave: etnografía hospitalaria, voluntades anticipadas, cuidados paliativos, autonomía, decisiones al final de la vida.

¹ Doctora y maestra en Ciencias de la Salud en el campo de estudios principal de Salud Mental Pública por el posgrado de la Facultad de Medicina y Licenciada en Psicología por la Facultad de Psicología, ambas de la UNAM. Su desempeño e interés está en la investigación social y de la salud. Ha incursionado en la docencia en el nivel medio superior y superior. Trabaja en la Universidad del Valle – Mexico. Actualmente se encuentra realizando una estancia posdoctoral en la Southern Methodist University.

Correspondencia: Calle Querétaro No. 56 Colonia La Esperanza Alcaldía Xochimilco C.P. 09910.

Dirección electrónica: camel1806@yahoo.com.mx

ABSTRACT

Physicians who care for patients at the end of life must receive comprehensive training to equip them with a variety of tools that make it easier to discuss death. An ethnographic observation study was conducted at a tertiary care hospital in Mexico City that treats cancer patients. The ethnographic observation spanned approximately 47 weeks in the palliative care unit, from July 2023 to June 2024. This study was based on hospital observations and field notes. This paper examines the moments when death is discussed, the communication skills of physicians in training in the field of palliative care, and the importance of discussing advance directives. Based on ethnographic observation, four moments were identified in which physicians are able to discuss death in palliative care: when there is empathy and a good physician-patient relationship; when there is awareness and acceptance of the illness; when the disease is in an advanced stage; and when the patient is no longer able to make decisions and communication with family members is necessary. It is concluded that improved management of end-of-life communication is necessary by implementing bioethics-based educational programs for medical residents to address the topic of death, emphasizing the emotional well-being of healthcare staff, and promoting advance directives once patients are admitted to the hospital to involve them in end-of-life decision-making, while always respecting their autonomy.

Keywords: hospital ethnography, advanced directives, palliative care, autonomy, end-of-life decisions.



INTRODUCCIÓN

La observación etnográfica en los espacios hospitalarios permite un acercamiento a las relaciones que se presentan entre médicos, enfermeras, pacientes, familiares y demás actores. Esto ayuda a obtener información sobre la interacción, las formas de comunicación, actitudes, formas de poder. El análisis, descripción y reflexión a partir de la información que se obtiene de la observación etnográfica permite comprender el entorno de la enfermedad, quien la padece, cómo la padece, quienes participan, y las decisiones que se toman.

De acuerdo con Moeran (2005) la etnografía es una herramienta que ayuda a ver cómo los fenómenos adquieren sentido simbólico y práctico; dando sentido y nombre a las cosas, como, por ejemplo, vida o muerte, salud o enfermedad, sanación o curación. Es por esto que en este trabajo la información recabada a lo largo de las observaciones permite analizar y comprender la actuación de médicos y pacientes al final de la vida.

A partir de este panorama, el estudio de la enfermedad, la muerte y la comunicación al final de la vida tiene que enfocarse y abordarse desde la perspectiva de la bioética para encontrar recomendaciones dirigidas hacia el respeto a la autonomía y los valores de los pacientes.

Este trabajo se estructura a partir de la observación etnográfica y las notas de campo presentando un estilo descriptivo antropológico médico en el que se entrelaza lo visto y analizado en el área de cuidados paliativos dejando ver la dinámica paciente médico al final de la vida.

Se ingresó aproximadamente a las 9:45 de la mañana a un hospital de tercer nivel al consultorio de la clínica de tumores ginecológicos/urológicos con la Dra. Marlene², quien es el médico adscrito. Es un consultorio encerrado, sin ventanas y no hay mucha ventilación. Hay tres médicos, dos están en la residencia de alta especialidad en CP y uno en rotación. No se percibe inhibición o incomodidad por parte de los médicos por mi presencia en el consultorio.

La Dra. es seria y firme, constantemente interroga sobre los casos a los médicos residentes. El primer caso cuando llegué fue el de una paciente joven, presenta una delgadez extrema, pero su cara refleja un poco de esperanza, aunque en el interrogatorio ella expresa su deseo de dejar de tomar medicamento debido a que ya está cansada, comienza a llorar y expresa su miedo a dejar a su familia o ser una carga para ellos, lo que más le angustia es dejar a sus hijas. Va acompañada de su hermana, pero ella no dice nada. La Dra. le comenta que existen las voluntades anticipadas, le explica en qué

² En este trabajo la información que se relata de la observación etnográfica y de las notas de campo, para cumplir con la ética en la investigación, omitió o cambió los nombres de los profesionales de la salud y de los pacientes para proteger su identidad.

consisten y si quiere en algún momento realizarlas. La Dra. se comporta distante, no es cálida, trata de establecer una barrera.

La mayoría de las personas prefieren no hablar ni pensar en la muerte. A pesar de que en México se festeja la muerte con “el día de los muertos” es un tema que no se desea abordar, menos si se tiene un problema de salud grave; sin embargo, cuando se tiene una enfermedad en fase terminal llega el momento en que el paciente expresa sus miedos. Pensar, hablar, comentar, reflexionar sobre esto es algo que tienen que realizar de manera cotidiana los profesionales de la salud, principalmente los que están en contacto con enfermos en fase terminal de alguna enfermedad crónico-degenerativa, este es el caso de los médicos paliativistas que están en contacto con enfermos de cáncer. Pero puede surgir la duda de cuándo, en qué circunstancias se habla de la muerte, un tema tan delicado para el enfermo y la familia.

Aunque existe la Ley de Voluntad Anticipada, que se promulgó en la Ciudad de México (antes Distrito Federal) publicada en el Gaceta Oficial del Distrito Federal el 7 de enero del 2008, que tiene por objetivo establecer las normas que regulan el consentimiento de la voluntad de una persona con capacidad de ejercicio, para proporcionar su decisión de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que traten de alargar su vida cuando esté en una etapa terminal de una enfermedad, y cuando la ciencia y los médicos ya no pueden hacer nada para curar, siempre protegiendo la dignidad de la persona (Ley de Voluntad Anticipada, 2012); no se proporciona información de forma oportuna sobre esta Ley a los enfermos y familiares en los hospitales por lo que muchos enfermos desconocen que tienen derecho a tomar decisiones y que se respeten sus decisiones. Además de que cuenta con el derecho a recibir tratamiento de cuidados paliativos, si es así como lo desea el enfermo.

A pesar de que existe la gratuidad en los servicios de salud pública en el país, en este hospital se siguen cobrando la atención de CP a las personas que solamente se les proporciona este servicio. Algo que no es justo ya que muchas personas de muy bajos recursos que provienen de distintos partes del país no pueden solventar los gastos para tener acceso a este servicio.

Para los médicos es difícil abordar el tema del fin de la vida, no hay una formación o entrenamiento en el que puedan aprender a dar malas noticias o a manejar casos difíciles cuando se acerca la muerte. En el caso de los residentes de la alta especialidad de CP de este hospital de tercer nivel, se entrenan en dar un abordaje integral a los pacientes y aprender del manejo que realizan los médicos adscritos a las diversas clínicas de CP.

Es importante indicar lo que Herrera et al. (2014), Miller (2022), Guevara et al. (2025), Templos y Vázquez (2025), Botti et al. (2026), comentan sobre el manejo de las malas noticias por parte de los médicos. Señalan que proporcionar información de malas noticias sigue siendo difícil para los profesionales de la salud, pero es esencial para los pacientes en la toma de decisiones informadas sobre su tratamiento y cuidados al final de su vida.

Los pacientes con enfermedades en etapa terminal necesitan médicos con buenas habilidades de comunicación, pero lo que encuentran en el consultorio de su médico con frecuencia no es óptimo (Tulsky 2005). Las habilidades de comunicación que se requieren en estos casos van más allá de las entrevistas que se enseñan en la facultad de medicina. El contenido de la comunicación debe integrarse con el contenido biomédico y la enseñanza debe incluir la práctica de habilidades, algo que pocos profesores han sido capacitados para facilitar, debido a que se enfrentan a desafíos al abordar esta



competencia. Las cuestiones biomédicas complejas deben integrarse con valores centrados en el paciente (Volver et al. 2007). Esto es lo que se intenta realizar actualmente en la enseñanza médica con el abordaje integral que se da a los pacientes que reciben CP.

Ichikura (2015) señala que en Japón el entrenamiento de médicos mediante programas en habilidades para dar malas noticias logró desarrollar un estilo positivo para proporcionarlas. De esta forma, se observó que hubo un incremento en el porcentaje de malas noticias a familiares y pacientes, lo cual puede sugerir que los programas ayudaron.

Es importante destacar que los estudiantes de medicina en México necesitan entrenamiento para afrontar y manejar situaciones al final de la vida. Allende et al. (2020) realizaron un estudio con médicos de pregrado de la UNAM en México. Los resultados muestran algunas necesidades en el área de CP en estudiantes como baja autopercepción de capacidades para afrontar situaciones al final de la vida de los pacientes, así como el interés de incluir la asignatura obligatoria de CP.

La comunicación es una herramienta muy necesaria para la toma de decisiones, es así que Sánchez et al. (2024) indican que la comunicación es uno de los ejes centrales en torno a los cuales giran los cuidados al final de la vida en el contexto de los cuidados paliativos. Las barreras identificadas en la comunicación de malas noticias son la falta de educación y formación específica en el manejo de situaciones, el difícil equilibrio entre esperanza y honestidad, la corta edad del paciente y la familia.

Lo que se ha observado en la investigación etnográfica realizada en este hospital es que los médicos residentes de CP necesitan entrenamiento de las habilidades de comunicación para manejar la manera de dar las malas noticias y un buen seguimiento al final de la vida. Se les dificulta manejar situaciones difíciles como hablar con familiares sobre el final de la vida, tomar decisiones sobre tratamiento, necesitan la orientación y asesoría frecuente de médicos que tienen un mejor entrenamiento para el manejo de situaciones difíciles.

Por ejemplo, en una unidad funcional en CP en el hospital en el que se realizó la observación etnográfica, que es una consulta de primera vez en la que se atiende al paciente por el médico paliativista, el psicólogo, el nutriólogo y el odontólogo, una residente atiende a una paciente que ya no desea tratamiento y tiene muchas dudas:

Paciente con cáncer cervicouterino: Ya no quiero tratamiento, pero no sé qué me va a pasar si lo dejo. Esa es mi duda, qué me va a suceder, cómo voy a estar, comienza a llorar... no quiero dejara a mis hijos. Eso es lo que pienso.

Residente: pues no es que de un día a otro vayas a morir, va a ser un proceso en el que tu cuerpo se va a desgastar. Necesitas pensar bien qué es lo que quieres para que tomes la mejor decisión.

Como se observa, la residente no da mucha información, le faltan habilidades de empatía con el paciente y solamente se concreta a decir que tome la mejor decisión. Al realizar un seguimiento a esta paciente, opta por no regresar al servicio de CP.

MÉTODO Y DATOS

En este artículo se describen las principales observaciones etnográficas que se realizaron en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México, relacionadas con la actuación de los médicos adscritos y residentes respecto a hablar de la muerte y la atención que se ofrece al paciente en la consulta de CP. Esta etnografía se llevó a cabo como parte de la investigación “Reconstruyendo el concepto de la muerte en México, en busca de la dignidad al final de la vida: visión de pacientes oncológicos de cuidados paliativos, familiares y personal de salud”. Se realizó la etnografía del mes de julio de 2023 al mes de junio del 2024 en el área de CP, principalmente en los consultorios en los que se atiende a los pacientes. A partir de la observación que se realizó surgió el interés de reportar cuándo los médicos hablan de la muerte con los pacientes, esto debido a que en la observación etnográfica se pudo constatar que es difícil para los médicos residentes en formación poder manejar situaciones al final de la vida.

En este hospital el área de CP está integrada por cuatro consultorios: Clínica paliativa de tumores ginecológicos/urológicos, Clínica paliativa de cáncer de mama/pulmón/sarcomas, Clínica paliativa de tumores gastrointestinales/neoplasias hematológicas/tumores de cabeza y cuello, Clínica de geriatría paliativa.

Cada consultorio tiene un médico adscrito que maneja su dinámica de atención en el consultorio de acuerdo con su abordaje y estilo, es decir, que no existe un protocolo de atención. Respecto a los pacientes, tienen una clasificación para el manejo: manejo conjunto que son los pacientes que siguen recibiendo tratamiento oncológico, pero además acuden a CP para el control de algunos síntomas por recomendación de su oncólogo, mejor soporte médico en el que los pacientes ya no están recibiendo tratamiento oncológico por el avance de la enfermedad y solamente van a ser tratados en CP para el manejo del dolor hasta que se presente la muerte (Figura 1).

Este artículo se centra en la descripción del manejo de los médicos para hablar de la muerte, derivado de lo que se observó en los meses del trabajo etnográfico. Se realizaron en total 93 entrevistas, 48 a pacientes y 45 a familiares, 24 entrevistas a personal de salud, 5 a médicos adscritos, 14 a médicos residentes, 4 a enfermeras, y una entrevista a una psicóloga. Es importante señalar, que aquí solamente se presentan el análisis de la información recabada a lo largo de la etnografía.

El estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación del hospital de tercer nivel en la Ciudad de México. Se cambiaron los nombres de los profesionales de la salud y de los pacientes o se omitieron para proteger su identidad.

El proceso que se realiza en el área de CP es el siguiente, los pacientes de primera vez, es decir, que los referencian los oncólogos para mantener un manejo conjunto, en CP lo llaman unidad funcional. El proceso que sigue es llegar a consulta con el médico adscrito, dependiendo del tipo de cáncer el paciente es atendido en el consultorio asignado. Se revisa el expediente para saber el avance de la enfermedad, se interroga y se abre expediente en CP, se firma consentimiento informado para recibir medicamento controlado, y después se pasa con el psicólogo, la nutrióloga y el odontólogo. En el caso de los pacientes subsecuentes son atendidos en el consultorio asignado, se evalúan y revisa una libreta de síntomas en la que el cuidador o el paciente anotan todos los síntomas que se han manifestado, los medicamentos que se toman, los rescates para el dolor, etc. El médico adscrito interroga sobre el dolor, pregunta sobre el tipo de dolor que tienen, la duración, la intensidad mediante una escala visual que se especifica si el dolor es muy fuerte o es de baja intensidad. Mientras el médico realiza este interrogatorio un residente está tomando las notas en la computadora y otro revisa al paciente y anota en la libreta de forma detallada y precisa los medicamentos que debe de tomar el paciente dependiendo



de los síntomas. También se realizan visitas domiciliarias a los pacientes, esto depende del caso y evolución de la enfermedad, así como de la cercanía del domicilio del paciente con la institución. Es importante indicar que no se pudo realizar una observación de visitas a casa. Esta es la dinámica que se lleva a cabo, aunque cada uno de los médicos adscritos tiene su estilo y no comparten un proceso estandarizado para la atención de los pacientes en CP.

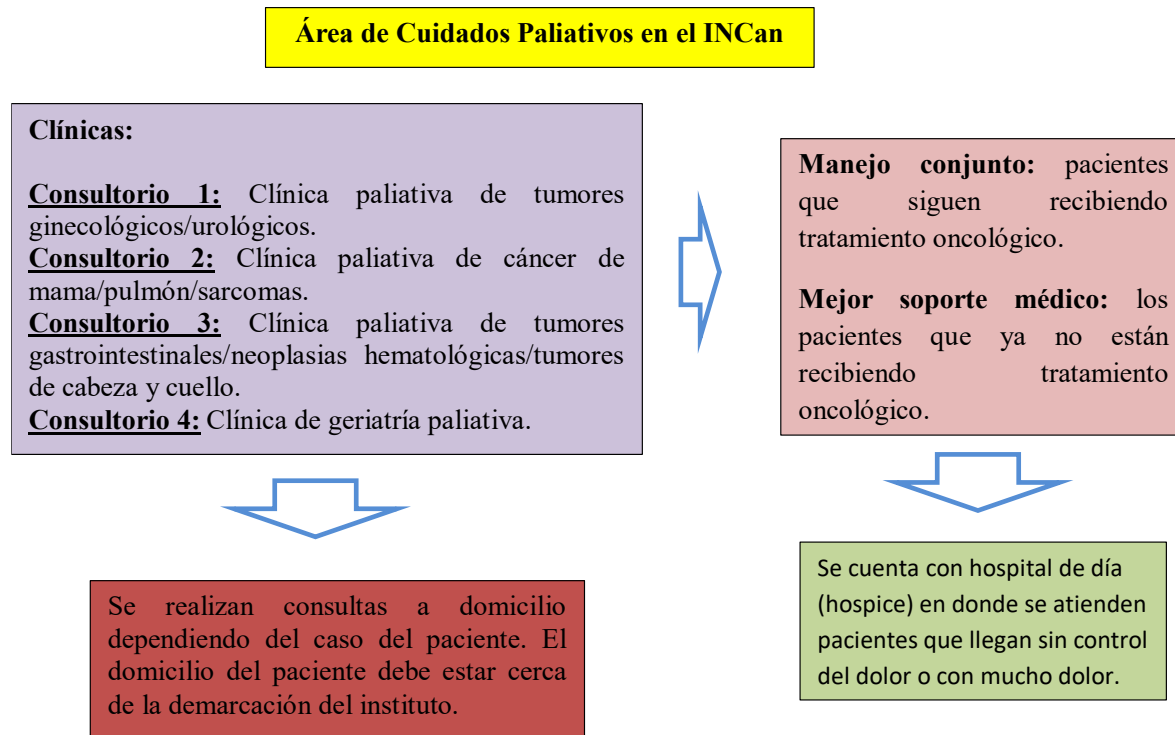


Figura 1. Atención que recibe el paciente oncológico en el área de cuidados paliativos.

LA LLEGADA DE LA MUERTE

La evolución de los síntomas antes de que se presente la muerte en este tipo de enfermedades es inevitable y es importante que el paciente y la familia estén preparados para afrontarlos, de lo contrario existirán sorpresas desagradables y no habrá un manejo adecuado por parte de la familia ni de los médicos.

De acuerdo con Benítez (2002) y Myrhøj et al., (2025) la atención en los últimos días es muy importante por el impacto que tiene el proceso de morir en el individuo y en la familia. En el cuidado de la persona

en fase terminal se plantean diferentes cuestiones éticas sobre las intervenciones a realizar, el lugar donde llevar a cabo el cuidado y las actitudes de los profesionales ante el sufrimiento.

Respecto a las actitudes de los profesionales ante el sufrimiento, es relevante destacar que tienen que aprender a percibir la muerte como algo natural, algo que sucede como un proceso normal en la vida. Sin embargo, cada persona se forma su concepción de lo que es la muerte de acuerdo a sus experiencias y acercamiento a ésta. Hanzelíková et al. (2014) señalan que la actitud y el miedo a la muerte en enfermería pueden condicionar la calidad de cuidados en pacientes en estado terminal, por lo que es relevante establecer una formación en este rubro, debido a que en su actividad profesional cotidiana todos las (os) enfermeras (os) tendrán un contacto con la muerte, y de esta forma tienen que facilitar cuidados y atenciones empáticas tanto a los pacientes en fase terminal como a sus familiares. De nuevo, estos autores subrayan la importancia de que exista preparación para afrontar la muerte, pues la insuficiente preparación puede afectar en el nivel emocional de los profesionales, como son la ansiedad, el miedo y el estrés, por ello es de gran importancia que los estudiantes de enfermería, así como los médicos, desarrollen estrategias eficaces de afrontamiento.

En la observación etnográfica se ha visto que las enfermeras tienen un involucramiento importante con los pacientes al final de la vida, ya que ellas son las que atienden sus necesidades, pueden platicar con ellos, conocerlos más e incluso establecer mayor empatía con el cuidador y con la familia.

Es importante mencionar que los profesores en ocasiones se focalizan en aspectos biomédicos en situaciones de final de la vida en lugar de los relacionados con el cuidado, los aspectos éticos, el control de los síntomas, el bienestar o, simplemente, las emociones que estas situaciones generan en el equipo de salud, incluidos los estudiantes (Lovell, 2015).

De acuerdo con la observación etnográfica realizada, en el área de CP se lleva a cabo un abordaje integral al enfermo, es decir, se trata de dar una atención completa al controlar los síntomas, las emociones, y ante todo preservar la calidad de vida del paciente. Precisamente hay una médica adscrita que es la que los residentes buscan constantemente para pedir consejos o buscar ayuda ante un caso difícil en el que no saben cómo actuar. Esta médica organiza su equipo de trabajo de manera que exista comunicación continua, tiene tacto para dar las malas noticias a los pacientes, da consejos a los residentes sobre cómo actuar ante diversas situaciones que se presenten en el hospital.

Una descripción de la actuación de esta doctora durante la observación etnográfica se muestra a continuación.

Llega a consulta la paciente con diagnóstico de cáncer cervicouterino:

Paciente: Dra. he sentido que me falta el aire, me canso fácilmente, ya no puedo andar bien, antes no me pasaba esto. Tengo que dormir sentada porque acostada no puedo respirar...

Dra. Hilda: es el proceso de la enfermedad, va avanzando y afectando los órganos, ahorita el pulmón se llenó de agua, pero no se puede sacar esa agua porque muy probablemente se llene nuevamente. Estamos en un punto en el que la muerte se puede presentar en agudo, la enfermedad ya está muy avanzada. ¿Tienes algún miedo? ¿Alguna inquietud? ¿Qué piensas de los que te acabo de decir?



Paciente: (llora un poco) lo único que quiero es que Dios me permita casarme antes de morir, el sábado es mi boda, es lo único que deseo...

El aprender de los profesores la forma de manejar situaciones difíciles al final de la vida es algo fundamental en el proceso de enseñanza aprendizaje de las especialidades en medicina. De acuerdo con Cragno et al. (2019) la percepción de los estudiantes de medicina se centra en las herramientas que destacan y que reciben o que proponen recibir para atender a los pacientes al final de la vida y que se engloban dentro de las competencias propias de los cuidados paliativos y las humanidades médicas (comunicación, empatía, dar malas noticias, acompañar, identificar la autonomía del paciente).

De esta forma, los médicos residentes de la alta especialidad en CP a lo largo de su formación tienen que aprender la forma en que manejan las diversas situaciones al final de la vida los médicos adscritos. Algunas veces, los pacientes son los que preguntan al médico sobre la evolución de la enfermedad, tienen la incertidumbre de cuánto tiempo le queda debido al avance de la enfermedad, esto se pudo constatar en la consulta de una paciente con cáncer de recto:

María llega a consulta, se ve delgada, algo triste, camina lento y lleva en sus manos una almohada para poder sentarse.

La Dra. Mirna le pregunta: ¿cómo ha estado? Ella responde que no muy bien, que el tumor creció y que ya sale por su recto y no se puede sentar. Que si es posible que le realicen un estudio para ver el avance de la enfermedad. La Dra. Mirna le dice que en su estado ya no es necesario realizar más estudios, que la enfermedad va avanzando y es esperado que el tumor crezca y vaya saliendo e incluso sangre o desprenda líquido o coágulos de sangre. María comienza a llorar, se ve triste... la Dra. Mirna le dice que si desea pasar con el psicólogo, ella le dice que no, entonces la Dra. le comienza a decir que todos tenemos fecha y hora para morir, que en cualquier momento podemos morir, incluso ella puede morir si sale y la atropella un coche.

En este caso, la Dra. intenta ser empática en esta situación en la que la paciente se siente con miedo e incertidumbre del avance de la enfermedad. Se nota su temor de ya no poder sentarse y de que el tumor invada todo la parte de los glúteos. Aunque aún no está al final de la vida, es importante que en estos casos se vaya preparando al paciente con el escenario que va a vivir, y no solamente a él, sino también el cuidador y la familia, ya que implica un proceso traumático para todos.

En este caso la paciente es la que solicita información sobre el avance de la enfermedad. Bergeholtz et al. (2020) y Mikaelsson et al. (2025) señalan que los pacientes que viven con una enfermedad crónica avanzada expresan su disposición a hablar sobre las decisiones al final de la vida antes de que los profesionales sanitarios aborden el tema, y estas conversaciones tienen lugar muy cerca de la muerte, en la última semana de vida. Tal parece que los pacientes conocen su cuerpo y sienten el poco tiempo que les queda debido a los síntomas que se van presentando.

El personal de salud debe tener claro que el primer objetivo con los pacientes en etapa terminal es proporcionar los cuidados paliativos que aseguren que el sufrimiento físico se reducirá al mínimo. Se busca controlar el dolor que la enfermedad produce, para que así el paciente pueda resolver conflictos de índole afectiva, familiar, psicológica, espiritual, antes de morir. Es una cuestión de gran relevancia que el personal de salud, además de estar capacitado para tratar el dolor físico de estos pacientes, esté

capacitado para ayudar al paciente a manejar y dar cauce al dolor emocional o moral que puede llegar a sentir, puesto que en muchos casos este dolor es inclusive más conflictivo e intenso que el dolor físico y más difícil de manejar y suprimir (Pichardo y Diner, 2010; Corman, et al. (2025).

IMPORTANCIA DE HABLAR DE LAS DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

Cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad crónica degenerativa, como el cáncer, y sus expectativas de vida son limitadas debido a que el tratamiento no es eficaz, se tiene que recurrir a conversaciones en las que se tomen decisiones importantes en diversos aspectos. En primer lugar se encuentran las conversaciones con los médicos respecto a las opciones de tratamiento para mejorar la calidad de vida, después aspectos económicos, laborales y testamentarios.

De acuerdo con Bergholtz et al. (2020) las conversaciones sobre el final de la vida son muy importantes para los pacientes que viven con enfermedades en fase terminal y para sus familiares. Hablar de fin de vida se asocia con reducción de costos y mejor calidad de atención en el final de las semanas de vida. Es necesario aclarar los deseos reales de los pacientes y sus familiares sobre conversaciones de fin de vida en el entorno hospitalario.

Bergholtz et al. (2019) encontraron que los temas abordados en las conversaciones al final de la vida en los hospitales se limitan al “aquí y ahora”, decisiones sobre el nivel de tratamiento y, en menor medida, sobre las necesidades de los pacientes y familiares de compartir sus pensamientos y deseos relacionados con las decisiones al final de la vida cuando el paciente está hospitalizado.

Esto puede deberse a que los profesionales de la salud no se sienten preparados para esta tarea tan difícil que les genera angustia y ansiedad. Aún no existen cursos para tener una mejor formación en este aspecto y así contar con habilidades de comunicación que permitan que dar malas noticias no sea estresante, que sea una actividad en las que se puedan manejar las emociones de ambas partes, del médico y del paciente y de familiares.

Existe una parte significativa de pacientes que no desean conocer la verdad de su diagnóstico, y esto obliga al médico a la tarea de identificar a este subgrupo de pacientes antes de plantearse la revelación de cualquier diagnóstico adverso (García, 2006).

De acuerdo con la observación etnográfica se puede ejemplificar esto con el caso de una paciente de 65 años diagnosticada con cáncer cervicouterino en fase avanzada. Llegó a la consulta acompañada de la esposa de su hijo. La paciente presenta problemas de audición y era poco expresiva, de acuerdo con su expediente tiene baja escolaridad y su acompañante refiere que es muy introvertida y no habla de la enfermedad, pero ha expresado que no desea conocer información del avance de ésta.

Dra. Hilda: Sra. Pilar ¿Desea que le proporcione información sobre la enfermedad? Es importante que usted lo conozca para tomar decisiones.

Paciente: mueve la cabeza. No quiero, eso me va a poner peor. Voy a estar pensando solamente cosas que me van a inquietar.



La Dra. Hilda le comenta a la acompañante que la refirieron a cuidados paliativos porque la enfermedad ha avanzado y ya no hay opciones de tratamiento, y que es necesario hablar con ella de esto para tomar decisiones de tratamiento paliativo, ya que necesita firmar un consentimiento informado para ingresar al área de CP.

La acompañante le comenta esto a la paciente gritándole, a lo que la Dr. Hilda le indica que no le grite y que intente acercarse a ella y hablarle del lado del oído que escucha. Después de detallarle la acompañante a la paciente la necesidad de que conozca el avance de la enfermedad, la paciente indica que no quiere conocer la información y la Dra. les menciona que no pueden ingresar y ser atendidas si no se da el consentimiento de la paciente.

En este caso se respeta la decisión de la paciente de no recibir información respecto al pronóstico de la enfermedad, pero este tipo de casos coloca a los médicos en escenarios difíciles ya que no se puede negociar cuál será el tratamiento que seguir y dar atención integral dentro el área de CP.

Algunas barreras para iniciar discusiones sobre el final de la vida se centran en la falta de competencias de los médicos, subestimar la necesidad de información y el miedo a quitarle la esperanza al paciente (Galushko et al. 2012, Hancock et al. 2007, Coulourides et al. 2015). Esto puede provocar un inicio tardío de las conversaciones de fin de vida. Carlucci et al. (2016) en su estudio encontraron que, para la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas en etapa terminal, que han convivido con esas enfermedades durante muchos años, sus deseos con respecto a las decisiones al final de la vida no se cumplieron. Cuando se habla del momento de las conversaciones, Mack et al. (2012) demostraron que estas conversaciones sólo se documentaron en el 27% de los pacientes y a menudo tuvo lugar durante la atención tardía de la enfermedad. Esto significa que muchos de los pacientes pueden ser hospitalizados (e incluso morir) sin haber hablado de sus deseos para el final de su vida. Además, es relevante señalar que la muerte y morir siguen siendo temas tabú en muchas culturas, lo que puede servir como explicación de por qué este tipo de conversaciones se evitan.

Es así como Gerber et al. (2020) encontraron que los adultos mayores en particular evitaron las discusiones de las decisiones al final de la vida, ya que preferían no pensar y hablar de morir y en consecuencia dejaban las decisiones a sus familiares.

En el consultorio de CP en el que atienden a la población geriátrica se pudo observar en un caso que la paciente no tomó sus decisiones debido al avance de la enfermedad y dejó que tomaran las decisiones sus familiares:

Llega la paciente en silla de ruedas y la puerta del consultorio es muy pequeña y no puede entrar la silla. La paciente tiene que caminar, apenas puede incorporarse de la silla de ruedas, está pálida y su aspecto en general se ve muy deteriorado. Su acompañante es su sobrina y se percibe que está muy cansada de cuidar a su tía.

Acompañante: Comienza a llorar... Ya no puedo con mi tía, requiere de muchos cuidados. Tengo que bajarla y subirla de un quinto piso para traerla, tiene un hoyo en su espalda y la tengo que limpiar y cambiar a cada rato. Siento que me voy a enfermar de tanto estrés... Luego tiene un departamento y estamos viendo si lo vendemos para tener dinero para sus cuidados, pero tengo que arreglar los papeles de esa casa y son muchos trámites...

Residente del área de CP geriátricos: tienen que arreglar todos esos trámites cuanto antes, no le voy a mentir su tía presenta muchos problemas de salud, tiene la piel amarilla, ya no se puede mover y esta postrada en la cama, la muerte puede llegar pronto. Le recomiendo que vaya a trabajo social para ver si la pueden ayudar con estos trámites.

Respecto a la paciente se observa que escucha, pero no expresa nada, quizás por el avance de la enfermedad y por la edad ya no entiende bien ni escucha lo que se le dice, además de que ya presenta problemas para escuchar.

En este caso se puede ver que la paciente no tomó decisiones, no se habló con ella del avance de la enfermedad y de la necesidad de hablar de qué deseaba al final de la vida. De esta forma, es su familia quien está tomando todas las decisiones, ya que ella no es capaz de expresar lo que desea. Por eso es de vital importancia la toma de decisiones antes de que ya no sea posible emitir nuestros deseos.

MOMENTOS EN LOS QUE SE HABLA DE LA MUERTE EN EL ÁREA DE CP

Los médicos adscritos al área de CP tienen diferentes estilos de atención y no manejan los mismos protocolos. La manera en la que proporcionan información sobre el avance de la enfermedad y el final de la vida varía dependiendo de las siguientes situaciones o momentos, que se identificaron a lo largo de la observación etnográfica:

1. Si se ha establecido una relación empática médico-paciente se dan las malas noticias del final de la vida de tal manera que el paciente se sienta comprendido, apoyado por los tratamientos para una mejor calidad de vida y control de los síntomas, sin que se sienta solo. Se realizará un plan de atención para aliviar los síntomas, y se estará en contacto para dar seguimiento en los momentos en los que se acerque la muerte. El principal objetivo es que la muerte se presente con adecuado control de los síntomas, y cuando se alcanza este objetivo el médico paliativista siente que ha logrado la finalidad de su especialidad. El médico tiene que hacer énfasis en el apoyo que será proporcionado hasta que llegue la muerte. En esta situación también se habla de las voluntades anticipadas, se les da una copia y se espera que la entreguen firmada en las próximas citas.

Esta situación sería la ideal en la que la mayoría de los pacientes tendrían que conocer su pronóstico y el final de la vida. En la observación etnográfica se constató esta situación en la que la Dra. Hilda estableció una buena empatía con un paciente con enfermedad avanzada y mal pronóstico. Ya establecida la empatía y de acuerdo con las notas de los oncólogos, se procedió a hablar de las voluntades anticipadas y del avance de la enfermedad y de estar preparados para el fin de la vida. El paciente agradeció todo el apoyo y ayuda de la Dra. y aceptó leer las voluntades anticipadas y llevarlas firmadas en la próxima cita que fuera a CP.

2. Si no se conoce al paciente y no se ha realizado un buen rapport, pero es consciente de la enfermedad y la acepta, se puede hablar del fin de la vida, del avance de la enfermedad, del control de síntomas y de la manera en la que se puede producir la muerte. Se puede, también, proporcionar información de las voluntades anticipadas.



3. Si se encuentra hospitalizado el paciente y el avance de la enfermedad es inminente y ya no hay tiempo de hablar de las voluntades anticipadas, lo que se hace es utilizar las cartas Go Wish que permiten conocer que es lo que más le importa al paciente al final de la vida. Es una herramienta muy útil que les permite a los médicos paliativistas identificar qué es lo que más le importa a ese paciente y tratar de respetar lo más que se pueda estas decisiones.

4. Si no hubo tiempo de conocer al paciente y llega a ser hospitalizado y no se sabe qué es lo que deseaba al final de la vida, se tiene que establecer comunicación con los familiares y a partir de las decisiones de ellos establecer un plan de tratamiento hasta que llegue la muerte del paciente.

Tabla 1. Momentos para hablar de la muerte en CP

1. Hay empatía y buena relación médico-paciente
2. Hay consciencia y aceptación de la enfermedad
3. Avance inminente de la enfermedad
4. Comunicación con los familiares cuando el paciente ya no puede emitir sus decisiones

Nota: Elaboración propia a partir de las observaciones etnográficas.

URGENTE Y NECESARIO DIFUNDIR LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS

La toma de decisiones al final de la vida es muy importante para planificar una muerte digna, refiriéndose a la muerte digna como los deseos que cada una de las personas tiene y que se respeten sus decisiones. Lo que se ha observado en esta etnografía hospitalaria es que no hay un protocolo que se lleve a cabo en el hospital para hablar de la muerte y de las decisiones al final de la vida en enfermos con cáncer. Si bien existen las voluntades anticipadas, lo que se ha visto a lo largo de las entrevistas realizadas a pacientes y familiares es que no las conocen, esto concuerda con el estudio de Ordóñez y Monroy (2021) en el que reportan que la población en México no tiene información de la ley y expresa su interés en conocerla y en afirmar que están de acuerdo con una muerte digna, evitar el sufrimiento y el dolor.

Si se difunde esta ley a los pacientes que recién llegan a recibir atención en los hospitales podría facilitar que se tome conciencia y se pueda hablar de la muerte y de las voluntades al final de la vida. El hablar de la muerte y de lo que deseamos si la enfermedad avanza es algo inevitable y tiene que ser manejado

en todos los hospitales del país. No se puede seguir negando una realidad; la muerte es algo natural, un proceso al que vamos a llegar todos, entonces por qué no hablarlo y saber qué es lo que deseamos al final de la vida.

Si los familiares conocen qué es lo que quiere el paciente, se evita sufrimiento para el paciente y para ellos mismos, los médicos pueden tomar mejores decisiones de tratamiento y así lograr que el paciente tenga una muerte digna. En algunos casos tratados en CP se observó que no saber qué deseaba el paciente al final de la vida complica la toma de decisiones para los familiares y para los médicos, no se sabe si es mejor o no intubar, dar sedación paliativa, dejar de dar tratamientos, etc. Lo que prima en estos casos es la decisión del médico y lo que la familia indique.

Por lo tanto, es urgente y necesario que se comiencen a realizar programas de apoyo a los enfermos y familiares para hablar de las voluntades anticipadas no hasta que lleguen a CP, sino que desde el ingreso se les proporcione la información y así pueden pensar más en su toma de decisiones. Es importante señalar que se tiene que capacitar muy bien a las personas que van a ayudar a dar esta información (trabajadoras sociales, psicólogos, enfermeras, médicos, etc.), tienen que ser empáticos, contar con sensibilidad y tacto para tratar estos temas, ya que hay muchas personas que no desean escuchar o tratar temas de la muerte.

Solamente de esta forma se pudo avanzar en la difusión del derecho que tienen los pacientes a decidir sobre el final de la vida a partir de las voluntades anticipadas. Si bien las personas confunden el objetivo de esta ley con la eutanasia, el conocer bien a qué hace referencia puede ayudar a aclarar el objetivo principal y así prepararse para una muerte deseada de acuerdo con los valores, creencias y deseos, que tienen que ser respetados tanto por la familia como por los profesionales de la salud.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Para los médicos no es fácil comunicar malas noticias, lo cual implica hablar con el paciente del pronóstico y del tiempo de vida de acuerdo con la evolución de la enfermedad. Dar malas noticias sigue siendo una tarea ardua para la que se necesita entrenamiento y habilidades de comunicación que pocos médicos tienen. Además, es inevitable que este tipo de actividades no tengan un impacto emocional en el personal de salud. Pensar en la muerte y la consciencia de la finitud, son capacidades cognitivas humanas que van a producir emociones y una variedad de actitudes y creencias que se presentan a partir de diversas reacciones como desesperación, miedo y ansiedad, incluso ante la propia muerte (Sábado y Gómez, 2002).

Por ello es importante que en el entrenamiento de los profesionales de salud en CP se tenga prevista la atención a las emociones y a la espiritualidad, para así poder ayudar a afrontar de mejor forma los casos que se presentan de manera cotidiana en el área y que son, en ocasiones, de gran impacto para los médicos. Acorde con esto, es también relevante que se considere la enseñanza en tratar a pacientes al final de la vida. García (2006) al igual que Pieters et al. (2019), Oliveira et al. (2020), Allende et al. (2020) y Fitzpatrick et al. (2017) comentan la importancia de que los estudiantes en el pregrado tengan la opción de tomar clases de materias curriculares en donde se enfrenten a situaciones en las que sean necesarios cuidados paliativos y acompañamiento al final de la vida de un enfermo.



Si los médicos tienen un buen entrenamiento en esta área será más fácil atender y tratar pacientes y familiares al final de la vida. Se darán las malas noticias, se procederá a realizar un plan de tratamiento, hablar de las decisiones que tome el enfermo y respetar su autonomía, y sentirse más tranquilo con el proceso de muerte, ya que como reporta Ascencio et al. (2014) en su estudio, la mayoría de los médicos encuestados reportó que ha vivido la muerte de sus pacientes como un fracaso. Por lo tanto, si se ve la muerte como algo natural en el que la actuación del médico es apoyar, dar tratamiento y cuando ya no se puede hacer nada por el paciente, acompañar en el proceso final hasta que se presente la muerte, facilitaría toda la atención y el impacto emocional en los profesionales de la salud.

También es relevante la difusión de la Ley de Voluntad Anticipada, lo que permitiría que los pacientes y los familiares tuvieran un acercamiento con las voluntades y decisiones al final de la vida, lo que los haría más conscientes de la muerte y de la importancia de comentar sus preferencias respecto a tratamientos. Esto facilitaría a los médicos en CP hablar de la muerte cuando la enfermedad está muy avanzada, tomar decisiones respecto a tratamientos de acuerdo con las voluntades de los pacientes. Evitando así angustia y ansiedad para tratar por primera vez este tema con el paciente o los familiares, o no saber cómo abordar el tema.

De acuerdo con la investigación de Robinson et al. (2012), el 86% de las personas prefieren hablar del tema de la reanimación y las decisiones al final de la vida con su médico de familia y el 56% consideró que eso debería suceder mientras estaban en buen estado de salud. Esto indica que los asuntos relacionados con el final de la vida deben abordarse tanto en la atención primaria de salud como en las clínicas ambulatorias. Sin embargo, estos asuntos no se abordan hasta que los pacientes son hospitalizados (y a menudo muy tarde en la trayectoria de la enfermedad), lo que convierte a los médicos de CP en actores importantes en las conversaciones del fin de la vida.

Lo que se ha visto en esta observación etnográfica es que en el área de CP se habla de la muerte en cuatro momentos: cuando hay empatía y buena relación médico-paciente, hay consciencia y aceptación de la enfermedad, avance inminente de la enfermedad, y comunicación con los familiares cuando el paciente ya no puede emitir sus decisiones. Si bien en cada uno de estos momentos se puede abordar el tema de la muerte, en ocasiones las personas lo evaden por ser algo nuevo e impactante y no toman decisiones, por lo que o bien mueren con control del dolor en sus casas, en el hospital sin considerar sus voluntades porque no las emitieron o mueren de acuerdo con los deseos de sus familiares.

Para brindar a los pacientes y sus familiares mejores oportunidades para expresar sus deseos de fin de vida, es necesario un enfoque interdisciplinario de las conversaciones del fin de la vida con roles y pautas más claras. También es necesario mejorar las competencias del personal y realizar cambios en el entorno físico y organizativo de los hospitales (Bergenholtz, 2019).

La experiencia de esta observación etnográfica deja claro que es necesario un mejor manejo de la comunicación al final de la vida, para lo cual es importante implementar programas educativos y desde un enfoque bioético para tratar el tema de la muerte, poner atención en las emociones del personal de salud y echar mano de las voluntades anticipadas una vez que ingresan los pacientes para sensibilizarlos y acercarlos al tema de las decisiones que tienen que tomar al final de la vida, siempre respetando la autonomía.



REFERENCIAS

Allende, P. S., Alanis, C. A., Delgado, F. A., Peña, N. A, Verástegui, A. E. (2020). Conocimientos básicos y percepciones en cuidados paliativos en médicos de pregrado de la Universidad Nacional Autónoma de México: un estudio transversal. *Med Paliativa*, 27(2), 71-8.

<https://doi.org/10.20986/me-dpal.2020.1123/2019>

Ascencio, H.L., Allende, P. S., y Verastegui, A. E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 11(1), 101-115.

Benítez del Rosario, M. A., Pascual, L., Asensio, F. A. (2002). La atención a los últimos días. *SERIES. Cuidados Paliativos. Aten Primaria*, 30 (5), 318-322.

Bergenholtz, H., Missel, M., & Timm, H. (2020). Talking about death and dying in a hospital setting - a qualitative study of the wishes for end-of-life conversations from the perspective of patients and spouses. *BMC palliative care*, 19(1), 168. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00675-1>

Bergenholtz, H., Timm, H. U., Missel, M. (2019). Talking about end of life in general palliative care - what's going on? A qualitative study on end-of-life conversations in an acute care hospital in Denmark. *BMC Palliat Care*, 18(1), 62.

Botti, S., Conte, L., Cioce, M., Orlando, L., Tamagnini, E., Cannici, C., Capuano, A., De Cecco, V., Panzanaro, L., Serra, N., De Nunzio, G., Lupo, R., & Vitale, E. (2026). Healthcare Professionals Describe Difficulties Encountered When Breaking Bad News to Oncology Patients: An Italian Observational Study. *Nursing Reports*, 16(1), 4. <https://doi.org/10.3390/nursrep16010004>

Carlucci, A., Vitacca, M., Malovini, A., Pierucci, P., Guerrieri, A., Barbano, L., Ceriana, P., Balestrino, A., Santoro, C., Pisani, L., Corcione, N., & Nava, S. (2016). End-of-Life Discussion, Patient Understanding and Determinants of Preferences in Very Severe COPD Patients: A Multicentric Study. *COPD*, 13(5), 632–638. <https://doi.org/10.3109/15412555.2016.1154034>

Corman, M., Dambrun, M., Ginzac, A. et al. (2025). Exploring the concept of Total Pain in contemporary oncology palliative care: a qualitative study on patients' resources. *BMC Palliat Care* 24, 85 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01719-0>

Coulourides Kogan, A., Penido, M., & Enguidanos, S. (2015). Does Disclosure of Terminal Prognosis Mean Losing Hope? Insights from Exploring Patient Perspectives on Their Experience of Palliative Care Consultations. *Journal of palliative medicine*, 18(12), 1019–1025. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0038>

Cragnoa, A., Álvarez, F., Panizonic, E., Lentad, R., Wagnerd, Y., Reyesd, J. (2019). El proceso del morir en la educación médica: percepciones de los estudiantes de medicina. *Educación Médica*, 22, 456-465.

Fitzpatrick, D., Heah, R., Patten, S., & Ward, H. (2017). Palliative Care in Undergraduate Medical Education-How Far Have We Come?. *The American journal of hospice & palliative care*, 34(8), 762–773. <https://doi.org/10.1177/1049909116659737>

Galushko, M., Romotzky, V., Voltz, R. (2012). Challenges in end-of-life communication. *Curr Opin Support Palliat Care*, 6(3), 355–64.

García, D. F. (2006). Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Medicina Intensiva*, 30(9), 452-459. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912006000900006&script=sci_abstract

Gerber, K., Lemmon, C., Williams, S., Watt, J., Panayiotou, A., Batchelor, F., et al. (2020). ‘There for me’: a qualitative study of family communication and decisionmaking in end-of-life care for older people. *Prog Palliat Care*, 1–8. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09699260.2020.1767437?journalCode=yppc20>

Gobierno del Distrito Federal de México. (2012). Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. <http://www.aldf.gob.mx/archivo-edfcbf4442b58c1cf761114a6a224fb1.pdf>

Guevara, L. U., Ascencio, H. L., Campos, H. A, Meza, O. O, Muñoz, G. G, Núñez, M. J. (2025). Simulación y gestión de malas noticias en Cuidados Paliativos. *Rev Mex Anesthesiol*. 48 (3): 180-183. <https://dx.doi.org/10.35366/120425>

Hancock, K., Clayton, J. M., Parker, S. M., Walder, S., Butow, P. N., Carrick, S. et al.(2007). Discrepant perceptions about end-of-life communication: a systematic review. *J Pain Symptom Manag*, 34(2), 190–200.

Hanzelíková, P. A., García, L. M., Conty, S. M., López, D. S., Barriga, M. J., & Martín, C. J. (2014). Reflexiones de los alumnos de Enfermería sobre el proceso de la muerte. *Enfermería Global*, 13(33), 133-144. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100006

Herrera, A., Ríos, M., Manríquez, J.M., & Rojas, G. (2014). Breaking bad news in clinical practice. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1306-1315. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000011>

Ichikura, K., Matsuda, A., Kobayashi, M., Noguchi, W., Matsushita, T., & Matsushima, E. (2015). Breaking bad news to cancer patients in palliative care: A comparison of national cross-sectional surveys from 2006 and 2012. *Palliative & supportive care*, 13(6), 1623–1630. <https://doi.org/10.1017/S147895151500005X>

Lovell, B. (2015). “Do as I say, not as I do”. *Med Teach*, 37, 597-8. <http://www.researchgate.net/publication/265791356> Do as I say not as I do20



Mack, J. W, Cronin, A., Taback, N., Huskamp, H.A, Keating, N.L, Malin, J.L., et al. (2012). Endof- life care discussions among patients with advanced cancer: a cohort study. *Ann Intern Med*, 156(3), 204–10.

Mikaelsson, Å., Eriksson, L.E., Stenfors, T. et al. (2025). Proactive end-of-life conversations in residential care homes: a qualitative interview study exploring residents' and family members' experiences. *BMC Geriatr* 25, 279. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05916-7>

Miller, E. M., Porter, J. E. & Barbagallo, M. S. (2022). «The experiences of health professionals, patients, and families with truth disclosure when breaking bad news in palliative care: A qualitative meta-synthesis». *Palliative & Supportive Care*, 20 (3), 433–444. doi:10.1017/S1478951521001243.

Moeran, B. (2005). *The business of ethnography: Strategic perspectives*. Copenhagen Business School Press.

Myrthøj, C. B., Bernacki, R., Bjerre-Bertelsen, S., Jacobsen, J., Klintman, J., Jarden, M., Johansen, C., von Heymann, A., & Clemmensen, S. N. (2025). Serious illness conversations and quality of end-of-life care in patients with hematological malignancies-a retrospective quality improvement study. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 33(9), 814. <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09855-2>

Oliveira, S., Santiago, L. M., & Dourado, M. (2020). Conhecimento sobre Cuidados Paliativos em Estudantes de Medicina da Universidade de Coimbra [Knowledge of Palliative Care Among Medical Students of the University of Coimbra]. *Acta médica portuguesa*, 10.20344/amp.12590. Advance online publication. <https://doi.org/10.20344/amp.12590>

Ordóñez, V. N, & Monroy, N. Z. (2021). La importancia de implementar y difundir la Ley de Voluntad Anticipada en México. *Revista Colombiana de Bioética*, 16(2), 24-43. <https://doi.org/10.18270/rcb.v16i2.3758>

Pichardo, G, L., Diner, K. (2010). La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde la enfermería. *An Med (Mex)*, 55 (3), 161-166.

Pieters, J., Dolmans, D. H. J. M., Verstegen, D. M. L., Warmenhoven, F. C., Courtens, A. M., & van den Beuken-van Everdingen, M. H. J. (2019). Palliative care education in the undergraduate medical curricula: students' views on the importance of, their confidence in, and knowledge of palliative care. *BMC palliative care*, 18(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0458-x>

Robinson, C., Kolesar, S., Boyko, M., Berkowitz, J., Calam, B., & Collins, M. (2012). Awareness of do-not-resuscitate orders: what do patients know and want?. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 58(4), e229–e233.

Sábado, J. T. y Gómez, J. B. (2002). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 56 (3), 257-279.

Sánchez, A. R., Beltrán, M. J. M., Arribas Marín, J. M., de la Torre-Montero, J. C., Gil, B. B., García, M. D. C. M., & Ribeiro, A. S. F. (2024). The Communication of Bad News in Palliative Care: The View of Professionals in Spain. *The American journal of hospice & palliative care*, 41(1), 26–37. <https://doi.org/10.1177/10499091231163323>

Templos, E.L y Vázquez, Navarro, M. (2025). Aspectos éticos en la comunicación de malas noticias en cuidados paliativos. 14(52):35-38. <http://dx.doi.org/10.24875/GCB.25000007>

Tulsky J. A. (2005). Beyond advance directives: importance of communication skills at the end of life. *JAMA*, 294(3), 359–365. <https://doi.org/10.1001/jama.294.3.359>

Volver, A.L ., Arnold, R. M., Baile, W.F, et al. (2007). Eficacia de la capacitación en habilidades comunicativas para dar malas noticias y discutir las transiciones a cuidados paliativos. *Médico Interno del Arco*, 167 (5), 453–460. doi:10.1001/archinte.167.5.453