Depósito Legal electrónico: ME2016000090 - ISSN Electrónico: 2610797X
http://erevistas.saber.ula.ve/gicos

Revista del Grupo de Investigación en Comunidad y Salud

/ Volumen **11**, N° **2**, 2026 /

Artículo de Revisión

Comunicación honesta y compasiva en la toma de decisiones al final de la vida en cuidados paliativos: revisión de alcance

Honest and compassionate communication in end-of-life decision-making in palliative care: scoping review

COLCHA, CRISTINA[1,2]; VALLEJO, MARIANA[1,2]

[1]Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

Autor de correspondencia
cristina.colcha@cu.ucsg.edu.ec

Fecha de recepción
08/03/2026
Fecha de aceptación
30/04/2026
Fecha de publicación
29/05/2026

Autores

Colcha, Cristina
Hospital Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo SOLCA. Guayaquil, Ecuador
Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador
Correo-e: cristina.colcha@cu.ucsg.edu.ec
ORCID: https://orcid.org/0009-0007-4873-984X

Vallejo, Mariana
Hospital Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo SOLCA. Guayaquil, Ecuador
Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador
Correo-e: mariana.vallejo@cu.ucsg.edu.ec
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5727-262X

Citación:
Colcha, C., Vallejo, M. (2026). Comunicación honesta y compasiva en la toma de decisiones al final de la vida en cuidados paliativos: revisión de alcance. *GICOS, 11*(2), 155-165
DOI:

La Revista Gicos se distribuye bajo la Licencia Creative Commons Atribución No Comercial Compartir Igual 3.0 Venezuela, por lo que el envío y la publicación de artículos a la revista es completamente gratuito. https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/ve/

RESUMEN

Aunque morir es parte de la vida, muchas veces ocurre en contextos clínicos marcados por incertidumbre y sufrimiento, lo que hace imprescindible una comunicación más humana en cuidados paliativos. El objetivo de este estudio fue mapear la evidencia disponible sobre la comunicación honesta y compasiva en la toma de decisiones al final de la vida. Se realizó una revisión de alcance siguiendo las directrices del Joanna Briggs Institute y PRISMA-ScR. Se consultaron bases de datos como PubMed, Scopus, Science Direct y SciELO (2010–2025). Se incluyeron estudios en inglés y español que abordaran la comunicación en contextos paliativos. Se incluyeron 29 estudios, con predominio de diseños cualitativos. Se evidenció que la comunicación honesta y compasiva favorece la comprensión de la enfermedad, fortalece la participación del paciente y mejora la calidad de las decisiones. Asimismo, se identificaron estrategias efectivas como la comunicación temprana, centrada en la persona y con validación emocional. Sin embargo, persisten barreras relacionadas con la formación, factores emocionales y limitaciones del entorno. En conclusión, la comunicación honesta y compasiva constituye un pilar del cuidado paliativo, siendo clave para decisiones más humanas y centradas en el paciente.

Palabras clave: cuidados paliativos; comunicación en salud; cuidado terminal; revelación de la verdad; toma de decisiones

ABSTRACT

Although death is a natural part of life, it often occurs in clinical settings marked by uncertainty and suffering, highlighting the need for more human-centered communication in palliative care. The aim of this study was to map the available evidence on honest and compassionate communication in end-of-life decision-making. A scoping review was conducted following the Joanna Briggs Institute guidelines and PRISMA-ScR recommendations. Databases such as PubMed, SCOPUS, ScienceDirect, and SciELO were searched (2010–2025). Studies in English and Spanish addressing communication in palliative care contexts were included. A total of 29 studies were analyzed, with a predominance of qualitative designs. The findings showed that honest and compassionate communication enhances understanding of the disease, strengthens patient participation, and improves the quality of decision-making. Effective strategies identified included early, patient-centered communication with emotional validation. However, barriers related to training, emotional factors, and contextual limitations persist. In conclusion, honest and compassionate communication is a fundamental pillar of palliative care, playing a key role in supporting more humane, patient-centered decisions at the end of life.

Keywords: palliative care; health communication; end-of-life care; truth disclosure; decision making

INTRODUCCIÓN

Aunque morir es parte de la vida, en la práctica muchas personas enfrentan el final de la vida en entornos de soledad y sufrimiento. Frente a esta realidad, los cuidados paliativos han progresado hacia un modelo centrado en la persona, orientado al alivio del sufrimiento y acompañar al paciente y su familia en la toma de decisiones complejas considerando no solo lo clínico, sino lo ético, emocional y relacional (Ong et al., 2024).

En este contexto, la comunicación adquiere un papel central. Más allá de trasmitir información, permite comprender la enfermedad, explorar opciones y tomar decisiones compartidas, adaptadas a los valores, expectativas y necesidades de cada persona. Sin embargo, comunicar es un proceso complejo, marcado por la incertidumbre, la carga emocional donde uno de los mayores desafíos es integrar la honestidad con la compasión (Moody et al., 2020).

A pesar de la relevancia en este tema, la forma en que se entiende y se aplica esta comunicación es heterogenia, lo que dificulta una síntesis tradicional de la evidencia. En consecuencia, el objetivo de este estudio fue mapear la evidencia disponible sobre la comunicación honesta y compasiva en la toma de decisiones al final de la vida en el contexto de los cuidados paliativos, con el propósito de integrar sus principales enfoques, reconocer sus desafíos y aportar elementos que orienten tanto la práctica clínica como la investigación futura.

Limitaciones

La heterogeneidad de los estudios incluidos limitó la posibilidad de establecer comparaciones directas. La variabilidad en las definiciones de honestidad y compasión dificultó la síntesis conceptual. Asimismo, la restricción idiomática podría haber excluido evidencia relevante.

METODOLOGÍA

Se desarrolló una revisión de alcance siguiendo las directrices del Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2024) y las recomendaciones PRISMA. Se estructuró una pregunta bajo el marco PCC: considerando pacientes en cuidados paliativos, la comunicación honesta y compasiva y la toma de decisiones al final de la vida como contexto.

Para ello, se ejecutó una búsqueda sistemática en bases de datos como PubMed, Scopus, Science Direct y SciELO (2010–2025), aplicando descriptores MeSH/DeCS: “Cuidados Paliativos”; “Comunicación en Salud”; “Toma de Decisiones”; “Cuidado Terminal”; “Revelación de la Verdad”, combinados con operadores booleanos.

Se incluyeron estudios en inglés y español, sin restricción de diseño metodológico, que abordaran la comunicación en pacientes paliativos, familiares o profesionales de la salud, disponibles a texto completo. Se excluyeron estudios fuera del contexto paliativo, centrados únicamente en intervenciones farmacológicas, población neonatal o documentos sin contenido analítico. La estrategia de búsqueda se plasmó en la Tabla 1.

Tabla 1.

Estrategia de búsqueda de acuerdo a la base de datos analizada

Base de datos	Palabras clave	Filtros
Pubmed	(“Palliative Care”[Mesh] OR “Terminal Care”[Mesh]) AND (“Communication”[Mesh] OR “Truth Disclosure”[Mesh]) AND (“Decision Making”[Mesh] OR “End of Life”) AND (“Compassion” OR “Empathy”)	2010–2025, English, Spanish
Scopus	TITLE-ABS-KEY (“palliative care” OR “end of life”) AND TITLE-ABS-KEY (“communication” AND (“compassion” OR “honesty”)) AND TITLE-ABS-KEY (“decision making”)	2010-2025.
Science Direct	TS=(“palliative care” OR “end of life”) AND TS=(“communication” AND (“compassion” OR “honesty”)) AND TS=(“decision making”)	2010–2025
SciELO	(“cuidados paliativos”) AND (“comunicación”) AND (“compasión” OR “honestidad”) AND (“toma de decisiones”)	2010 - 2025

Los resultados de la búsqueda se presentan en la figura 1.

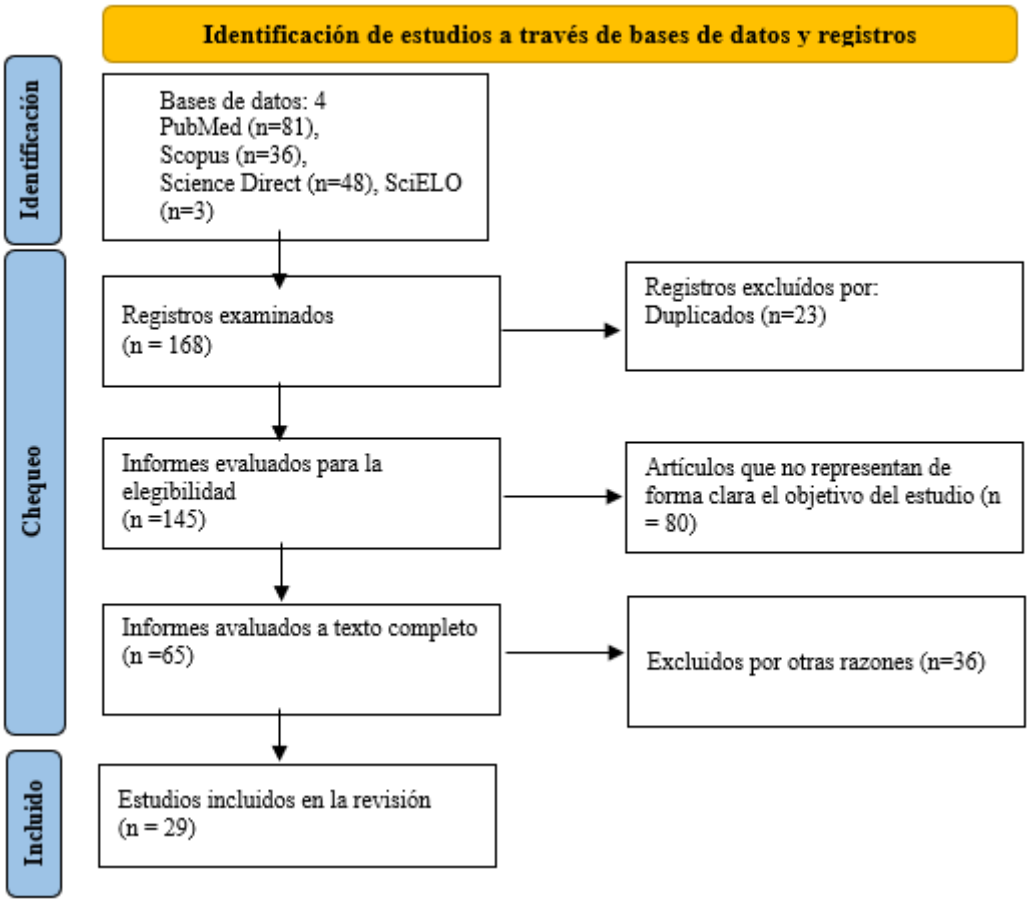

Figura 1.
Flujograma PRISMA

El proceso de selección se basó en un primer momento en la revisión de títulos, resumen, seguido con eliminación de duplicados mediante Zotero. Posteriormente se evaluó a texto completo, excluyendo aquellas publicaciones fuera de los criterios de elegibilidad. La extracción de datos se realizó mediante una matriz

estructurada (autor, año, país, diseño, población y hallazgos principales) y la síntesis se llevó a cabo a través de análisis temático.

RESULTADOS

De un total de 169 estudios inicialmente, se incluyeron 29 estudios, evidenciando una alta heterogeneidad de los enfoques metodológicos, escenarios clínicos y aproximaciones conceptuales. Predominaron los diseños cualitativos, seguidos de investigaciones cuantitativas, estudios de intervención y un diseño de consenso. En términos geográficos, la mayoría de las investigaciones se desarrollaron en países de Europa y Norteamérica, con escasa representación de otras regiones. A nivel temporal, se observó un incremento progresivo en la producción científica durante la última década, lo que sugiere un creciente interés por comprender la comunicación en el contexto paliativo. Las características generales de los estudios incluidos se presentan en la Tabla 2.

A continuación, se detalla los principales hallazgos del estudio en 4 categorías:

1. Conceptualización de la comunicación honesta y compasiva

Los estudios coinciden en que la comunicación en cuidados paliativos no es solo el intercambio de información, sino un proceso humano y relacional que acompaña al paciente y su familia en situaciones de vulnerabilidad (Schleef et al., 2024). En este escenario, la honestidad se asocia con la entrega de información clara y veraz, mientras que la compasión se manifiesta en la forma en que se comunica, considerando el impacto emocional (Gonella et al., 2022; Sinclair et al., 2017).

No obstante, ambas dimensiones no siempre se integran en la práctica clínica. Con frecuencia, se prioriza la precisión informativa o se adoptan posturas más protectoras que puedan limitar el acceso del paciente a la información relevante (Rodríguez-Prat & Wilson, 2024) lo que evidencia la complejidad de lograr un equilibrio entre la verdad y la empatía (Oosterveld-Vlug et al., 2019).

Además, estas conversaciones no dependen únicamente de habilidades técnicas, sino también de la autorreflexión y del reconocimiento de los propios límites emocionales (Seccareccia et al., 2015; Stenman et al., 2026), elementos claves para construir confianza y sostener diálogos significativos.

2. Estrategias de comunicación en el final de la vida

Los estudios describen diversas estrategias para facilitar la comunicación en el final de la vida, entre ellas los protocolos estructurados, los enfoques centrados en el paciente y la toma de decisiones compartidas, orientadas a adaptar el lenguaje a las necesidades del paciente y su familia. Asimismo, generar confianza e incluir activamente a los familiares, resulta clave abordar temas como la muerte (Jóhannesdóttir & Hjörleifsdóttir, 2018; Rawlings et al., 2019; Robertson et al., 2022).

Las estrategias más valoradas combinan claridad en la información con la validación emocional, favoreciendo

la comprensión y el acompañamiento (Harnischfeger et al., 2022; Shih et al., 2013; van Vliet et al., 2015). En este sentido, adaptar la comunicación al contexto individual y cultural es fundamental. Asimismo, una comunicación abierta, sustentada en la escucha activa y la disposición para abordar preguntas difíciles, favorecen la confianza y orienta la toma de decisiones (Groebe et al., 2019; Rawlings et al., 2019).

Por último, la formación en habilidades comunicativas y su aplicación temprana mejoran la calidad del diálogo clínico, reducen intervenciones innecesarias y favorecen el bienestar emocional de pacientes y familias (McEwan et al., 2024; Moody et al., 2020).

3. Impacto en la toma de decisiones

La comunicación influye de forma directa en los procesos de toma de decisiones al final de la vida. Cuando es clara, oportuna y sensible, permite a los pacientes y sus familias comprender mejor la situación y que participen activamente y tomen decisiones acordes a sus valores (Gonella et al., 2022; Ong et al., 2024).

Además, una comunicación adecuada reduce la incertidumbre y el arrepentimiento (Gonella et al., 2021). Mientras que una comunicación limitada, puede llevar a decisiones basadas en suposiciones y a intervenciones no deseadas (Alexander et al., 2014; Towsley et al., 2015). Sin embargo, estas decisiones están influenciadas por las experiencias, creencias y contexto del paciente (Rhondali et al., 2013). Dado que este proceso ocurre en el entorno de alta calidad emocional, la empatía del profesional resulta clave para sostener el diálogo y acompañar de manera significativa la toma de decisiones (Caswell et al., 2015).

4. Barreras y desafíos

A pesar de su relevancia, la comunicación en el final de la vida enfrenta múltiples dificultades que limitan su calidad. Entre las principales barreras destaca la falta de formación específica en habilidades comunicativas, el temor de los profesionales al abordar conversaciones difíciles y la limitación del tiempo para entablar una conversación profunda (Banerjee et al., 2016; Barwise et al., 2019; Kragh-Furbo et al., 2025).

A esto se le suman factores emocionales, ya que muchos profesionales experimentan incomodidad o inseguridad al hablar sobre la muerte, lo que puede llevar a evitar estos temas incluso cuando son necesarios (Moir et al., 2015; Omilion-Hodges & Swords, 2017). Además, las barreras identificadas no se limitan al ámbito individual. Las condiciones del sistema, como la falta de continuidad en la atención, puede erosionar el proceso comunicativo generando incertidumbre en los pacientes y familiares (Dressler et al., 2021). De igual forma, las diferencias lingüísticas y culturales dificultan la comprensión y pueden influir en la toma de decisiones (Dönmez et al., 2026; Towsley et al., 2015).

Esto evidencia que la comunicación no solo depende de la voluntad del profesional, sino también de las condiciones en que se desarrolla, lo que refuerza la necesidad de fortalecer las competencias comunicativas como los entornos que facilitan el diálogo en el ámbito paliativo.

Tabla 2.

Descripción de los estudios seleccionados por área temática de acuerdo a sus características, aportes y hallazgos

Autor/año/país	Diseño	Participantes	Aporte	Hallazgos principales	Área temática
Sinclair et al., 2017/ Canadá	Cualitativo (análisis temático).	Pacientes.	Define compasión clínica como proceso activo.	Compasión indica presencia, compasión y acción.	C
Cualitativo (análisis temático).	Pacientes.	Define compasión clínica como proceso activo.	Compasión indica presencia, compasión y acción.	C	B
Kragh-Furbo et al., 2025/ R.U.	Análisis fenomenológico.	Voluntarios.	Entornos seguros y acompañamiento empático permiten conversaciones claras.	Preparación sobre las conversaciones sobre la muerte.	C
Cualitativo	Cualitativo (grupos focales).	Voluntarios, profesionales.	Entorno, confianza y facilita la comunicación.	La inseguridad profesional persiste.	E
(análisis temático).	Pacientes.	Se requieren recursos para una mejor comunicación.	Mejora el afrontamiento del proceso de morir.	B	B
Rodríguez-Prat & Wilson, 2024/ Canadá	Cualitativo (entrevistas).	Pacientes y familias.	Comunicación y coordinación profesional.	Mejora los cuidados paliativos domiciliarios.	C
Análisis fenomenológico.	Voluntarios.	Entornos seguros y acompañamiento empático permiten conversaciones claras.	Preparación sobre las conversaciones sobre la muerte.	C	C
Groebe et al., 2019/Alemania	Cualitativo (casos múltiples).	Familiares y enfermeras.	Explora cómo la comunicación influye en decisiones.	Predominan preferencias familiares sobre las del residente.	D
Cualitativo (grupos focales).	Voluntarios, profesionales.	Entorno, confianza y facilita la comunicación.	La inseguridad profesional persiste.	E	B
Towsley et al., 2015/EE.UU.	Estudio Delphi.	Expertos.	Desarrolla herramienta clínica.	La base del cuidado es la comunicación y la empatía.	E
Cualitativo (entrevistas).	Residentes, familiares y personal.	Falta de conversaciones.	Limitada atención centrada en el paciente.	B	E
Oosterveld-Vlug et al., 2019/ NL	Cualitativo (entrevistas).	Pacientes y familias.	Comunicación y coordinación profesional.	Mejora los cuidados paliativos domiciliarios.	C
Schleef et al., 2024/Alemania	Cuantitativo (pre-post intervención).	Estudiantes.	Formación en compasión.	Mejora la toma de decisiones éticas.	E
Dönmez et al., 2026/ Turquía	Cualitativo (entrevistas).	Enfermeras	Dificultades en la comunicación.	Evitan hablar de la muerte.	B

Autor/año/país	Diseño	Participantes	Aporte	Hallazgos principales	Área temática
Gonella et al., 2021/ Italia	Cualitativo (entrevistas).	Enfermeras.	Comunicación influye en decisiones y objetivos del cuidado	Mejora decisiones compartidas.	D
Moir et al., 2015/ EE.UU.	Cuantitativo (encuesta).	Enfermeras.	Necesidades formativas para la comunicación.	Experiencia mejora la comunicación.	B
Caswell et al., 2015/ R. U.	Cualitativo (mixtos).	Profesionales y familiares.	Comunicación influye en la experiencia.	Fallas generan angustia e incertidumbre.	D
Jóhannesdóttir & Hjörleifsdóttir, 2018/ Islandia	Cualitativo (entrevistas).	Familiares.	Comunicación efectiva fortalece relaciones.	Comprensión y calidad del cuidado.	E
Omilion-Hodges & Swords, 2017/ Noruega	Cualitativo (entrevistas y grupos focales).	Pacientes y familiares.	Percepciones de escaso diálogo.	Limita participación.	B
Seccareccia et al., 2015/ Canadá	Teoría fundamentada.	Pacientes, familiares y profesionales.	Identifica elementos clave de comunicación.	Mejora la satisfacción del cuidado.	C
Robertson et al., 2022/ Islandia	Cualitativo (entrevistas).	Familiares.	Comunicación efectiva y seguridad.	Mejora la calidad del cuidado.	E
Ong et al., 2024/ Singapur	Cualitativo (entrevistas).	Familiares.	Comunicación clara y empática.	Mejora la toma decisiones.	D
Dressler et al., 2021/ EE.UU.	Teoría fundamentada.	Profesionales, cuidadores.	Barreras lingüísticas.	Afectan acceso, comprensión y calidad de decisiones.	B
Rhondali et al., 2013/ EE.UU.	Ensayo clínico aleatorizado.	Pacientes.	Estilo comunicativo.	No modifica la decisión sobre DNR.	D
Stenman et al., 2026/ Suecia	Cualitativo (grupos focales).	Enfermeras.	Comunicaciones confidenciales.	Fortalecen la relación terapéutica.	C
Alexander et al., 2014/ EE.UU.	Cuantitativo (análisis de consultas).	Pacientes y familiares.	Angustia emocional.	Generan respuestas compasivas	D
Barwise et al., 2019/ EE.UU.	Cualitativo (entrevistas).	Profesionales.	Influencia del idioma y cultura	Afectan la calidad de la toma de decisiones.	B
Moody et al., 2020/ EE.UU.	Intervención (pre-post).	Niños y sus padres.	Comunicación temprana.	Mejora resultados clínicos, reduce intervenciones.	E
McEwan et al., 2024/ Inglaterra	Cualitativo (enfoque realista).	Pacientes, cuidadores y profesionales.	Tiempo en comunicación.	Reduce miedo, mejora confianza y experiencia.	E

B=barrera; C=conceptualización; D= decisiones y E= estrategias. EE.UU=Estados Unidos; R.U.= Reino Unido; NL=Países Bajos; DNR= no reanimar.

DISCUSIÓN

Los hallazgos demuestran que la comunicación honesta y compasiva en cuidados paliativos no es un acto aislado, sino un proceso relacional que se construye entre el profesional, el paciente y su familia. Comunicar no implica solo informar, sino también acompañar y dar sentido a la experiencia del final de la vida.

Uno de los principales desafíos es integrar la honestidad con la compasión. Aunque ambas son esenciales, en la práctica se presentan fragmentadas, lo que evidencia la necesidad de un equilibrio entre la claridad y empatía. Desde una mirada ética, la autonomía del paciente no depende de recibir información, sino de comprenderla y hacerla significativa, facilitando decisiones acordes a sus valores, aunque estas también están influenciadas por factores personales y contextuales.

Si bien se han desarrollo estrategias como la planificación anticipada del cuidado y la formación en habilidades comunicativas, su efectividad depende de su adecuada aplicación y de la capacidad de adaptarse a cada situación. Persisten barreras como la falta de formación, la inseguridad profesional, las limitaciones del entorno asistencial y las diferencias culturales, que afectan la calidad de la comunicación.

Estas limitaciones evidencian la necesidad de fortalecer tanto las condiciones del sistema como la formación profesional. En conjunto, la evidencia confirma que una comunicación temprana, clara y compasiva mejora la comprensión, la confianza y la calidad de las decisiones, consolidándose como un pilar fundamental del cuidado paliativo.

CONCLUSIONES

La revisión evidencia que la comunicación honesta y compasiva constituye un pilar fundamental en la toma de decisiones al final de la vida, al mejorar la comprensión y favorecer decisiones coherentes con los valores del paciente. Sin embargo, su aplicación sigue siendo desigual debido a las barreras individuales y contextuales. Favorecer su integración es clave para lograr una atención más humana y centrada en la persona.

RECOMENDACIONES

Se recomienda fortalecer la formación en habilidades comunicativas, implementar modelos que integren lo informativo y lo emocional, generar condiciones institucionales que faciliten el diálogo y promover investigaciones que optimicen la comunicación en la toma de decisiones.

CONFLICTO DE INTERÉS

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

Alexander, S. C., Ladwig, S., Norton, S. A., Gramling, D., Davis, J. K., Metzger, M., DeLuca, J., & Gramling, R. (2014). Emotional Distress and Compassionate Responses in Palliative Care Decision-Making

Consultations. *Journal of Palliative Medicine*, *17*(5), 579-584. https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0551

Banerjee, S. C., Manna, R., Coyle, N., Shen, M. J., Pehrson, C., Zaider, T., Hammonds, S., Krueger, C. A., Parker, P. A., & Bylund, C. L. (2016). Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study. *Nurse education in practice*, *16*(1), 193-201. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.07.007

Barwise, A. K., Nyquist, C. A., Suarez, N. R. E., Jaramillo, C., Thorsteinsdottir, B., Gajic, O., & Wilson, M. E. (2019). End of life decision making for ICU patients with limited English proficiency: A qualitative study of healthcare team insights. *Critical care medicine*, *47*(10), 1380-1387. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003920

Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R., & Porock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, *14*, 35. https://doi.org/10.1186/s12904-015-0032-0

Dönmez, Ç. F., KARA, R., Muslu, K., & Johnston, B. (2026). Nurses' experiences of end-of-life communication with children who have life-threatening conditions in paediatric intensive care units: A qualitative descriptive study. *BMC Palliative Care*, *25*(1), 47. https://doi.org/10.1186/s12904-026-02007-1

Dressler, G., Cicolello, K., & Anandarajah, G. (2021). "Are They Saying It How I'm Saying It?" A Qualitative Study of Language Barriers and Disparities in Hospice Enrollment. *Journal of Pain and Symptom Management*, *61*(3), 504-512. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.08.019

Gonella, S., Basso, I., Clari, M., Dimonte, V., & Di Giulio, P. (2021). A qualitative study of nurses' perspective about the impact of end-of-life communication on the goal of end-of-life care in nursing home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *35*(2), 502-511. https://doi.org/10.1111/scs.12862

Gonella, S., Basso, I., Dimonte, V., & Giulio, P. D. (2022). The role of end-of-life communication in contributing to palliative-oriented care at the end-of-life in nursing home. *International Journal of Palliative Nursing*, *28*(1), 16-26. https://doi.org/10.12968/ijpn.2022.28.1.16

Groebe, B., Rietz, C., Voltz, R., & Strupp, J. (2019). How to Talk About Attitudes Toward the End of Life: A Qualitative Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, *36*(8), 697-704. https://doi.org/10.1177/1049909119836238

Harnischfeger, N., Rath, H. M., Alt-Epping, B., Brand, H., Haller, K., Letsch, A., Rieder, N., Thuss-Patience, P., Bokemeyer, C., Bergelt, C., & Oechsle, K. (2022). Effects of a communication training for oncologists on early addressing palliative and end-of-life care in advanced cancer care (PALLI-COM): A randomized, controlled trial. *ESMO Open*, *7*(6), 100623. https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2022.100623

Jóhannesdóttir, S., & Hjörleifsdóttir, E. (2018). Communication is more than just a conversation: Family members' satisfaction with end-of-life care. *International Journal of Palliative Nursing*, *24*(10), 483-491. https://doi.org/10.12968/ijpn.2018.24.10.483

Kragh-Furbo, M., French, M., Dunleavy, L., Hancock, S., Sanders, K., Doherty, M., & Gadoud, A. (2025). Deathbed Etiquette – The Guide: A Qualitative Study Exploring the Views of Practitioners on its Introduction into End-of-Life Care Settings. *Journal of Palliative Care*, *40*(2), 162-167. https://doi.org/10.1177/08258597231158325

McEwan, K., Atkinson, J., Clarke, A., Bate, A., Jeffery, C., & Dalkin, S. (2024). Providing 'professionalism with compassion'; how the time for caring communication can improve experiences at the end-of-life at home, findings from a realist evaluation. *BMC Palliative Care*, *23*, 287. https://doi.org/10.1186/s12904-024-01610-4

Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J., & Tivis, L. J. (2015). Communicating with Patients and their Families about Palliative and End of Life: Comfort and Educational Needs of Staff RNs. *International journal of palliative nursing*, *21*(3), 109-112. https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.3.109

Moody, K. M., Hendricks-Ferguson, V. L., Baker, R., Perkins, S., & Haase, J. E. (2020). A pilot study of the effects of complete: a communication plan early through end of life, on end of life outcomes in children with cancer. *Journal of pain and symptom management*, *60*(2), 417-421. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.033

Omilion-Hodges, L. M., & Swords, N. M. (2017). Communication Matters: Exploring the Intersection of Family and Practitioner End of Life Communication. *Behavioral Sciences*, *7*(1), 15. https://doi.org/10.3390/bs7010015

Ong, M. L., Foong, P. S., Tan, S. M., Xia, X., & Koh, G. C. H. (2024). Hearing, sharing and applying: A qualitative study of the experiences of family caregivers' end-of-life decision-making in Singapore.

BMJ Public Health, *2*(1), e000646. https://doi.org/10.1136/bmjph-2023-000646

Oosterveld-Vlug, M. G., Custers, B., Hofstede, J., Donker, G. A., Rijken, P. M., Korevaar, J. C., & Francke, A. L. (2019). What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. *BMC Palliative Care*, *18*(1), 96. https://doi.org/10.1186/s12904-019-0485-7

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2024, marzo 26). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Manual JBI para la síntesis de evidencia. https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/355862497/jbi-global-wiki.refined.site

Rawlings, D., Devery, K., & Poole, N. (2019). Improving quality in hospital end-of-life care: Honest communication, compassion and empathy. *BMJ Open Quality*, *8*(2), e000669. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2019-000669

Rhondali, W., Perez-Cruz, P., Hui, D., Chisholm, G. B., Dalal, S., Baile, W., Chittenden, E., & Bruera, E. (2013). Patient-Physician Communication About Code Status Preferences: A Randomized Controlled Trial. *Cancer*, *119*(11), 10.1002/cncr.27981. https://doi.org/10.1002/cncr.27981

Robertson, S. B., Hjörleifsdóttir, E., & Sigurðardóttir, Þ. (2022). Family caregivers' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting. A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *36*(3), 686-698. https://doi.org/10.1111/scs.13025

Rodríguez-Prat, A., & Wilson, D. M. (2024). End-of-life conversations about death and dying from volunteer perspectives: A qualitative study. *Palliative & Supportive Care*, *22*(3), 526-534. https://doi.org/10.1017/S147895152300189X

Schleef, T., Schrader, S., van Baal, K., Schneider, N., Afshar, K., & Müller-Mundt, G. (2024). [Optimal care at the end of life from the relatives' perspective: An interview study in two counties of Lower Saxony]. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, *188*, 48-57. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2024.06.005

Seccareccia, D., Wentlandt, K., Kevork, N., Workentin, K., Blacker, S., Gagliese, L., Grossman, D., & Zimmermann, C. (2015). Communication and Quality of Care on Palliative Care Units: A Qualitative Study. *Journal of Palliative Medicine*, *18*(9), 758-764. https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0408

Shih, C. Y., Hu, W. Y., Lee, L. T., Yao, C. A., Chen, C. Y., & Chiu, T. Y. (2013). Effect of a compassion-focused training program in palliative care education for medical students. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, *30*(2), 114-120. https://doi.org/10.1177/1049909112445463

Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative Medicine*, *31*(5), 437-447. https://doi.org/10.1177/0269216316663499

Stenman, T., Rönngren, Y., Näppä, U., & Melin Johansson, C. (2026). Beyond Everyday Small Talk: A Qualitative Study on Registered Nurses' Confidential Conversations in Palliative Care. *Journal of Advanced Nursing*, *82*(2), 1628-1639. https://doi.org/10.1111/jan.17098

Towsley, G. L., Hirschman, K. B., & Madden, C. (2015). Conversations about End of Life: Perspectives of Nursing Home Residents, Family, and Staff. *Journal of Palliative Medicine*, *18*(5), 421-428. https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0316

van Vliet, L. M., Harding, R., Bausewein, C., Payne, S., & Higginson, I. J. (2015). How should we manage information needs, family anxiety, depression, and breathlessness for those affected by advanced disease: Development of a Clinical Decision Support Tool using a Delphi design. *BMC Medicine*, *13*, 263. https://doi.org/10.1186/s12916-015-0449-6