



LA COMUNICACIÓN DE LAS MALAS NOTICIAS

Dr. Juan José Rodríguez Salvador

INTRODUCCIÓN

Es frecuente que médicos, pacientes y familiares se introduzcan en la fase terminal mediante una conversación en la que se tiene que informar sobre lo sombrío del diagnóstico o de la ausencia de tratamientos curativos para el proceso que sufre el paciente. Tarde o temprano, al clínico le llega el momento en que se debe dar un diagnóstico de cáncer o explicar al paciente o a su familia que la enfermedad pulmonar o cardíaca que padece no va a mejorar. La experiencia, por la propia naturaleza de la conversación, puede resultar desagradable o estresante tanto para el profesional como para el paciente o sus familiares. Además, si se es poco hábil al informar de las malas noticias, se puede generar un sufrimiento añadido para el paciente o su familia y, como consecuencia, deteriorar la relación posterior con el profesional que dio las malas noticias. Por el contrario, saber manejar las malas noticias puede disminuir el impacto emocional sobre el paciente en el momento de ser informado, permitiendo ir asimilando la nueva realidad poco a poco y, al mismo tiempo, afianzar la relación sanitario-paciente.

¿QUÉ SON MALAS NOTICIAS?

El abanico de posibles malas noticias es realmente amplio en el ejercicio de las profesiones sanitarias. Las malas noticias pueden asociarse a diagnósticos menos ‘severos’: por ejemplo, de enfermedades crónicas como la diabetes; con incapacidades o pérdidas funcionales (por ej., impotencia) (1); con un tratamiento que es cruento, doloroso o exigente; o incluso con información que, aparentemente, para el médico es banal o neutra. Puede ser que el diagnóstico llegue, simplemente, en un momento inoportuno: quizás una angina inestable que precisa de intervención quirúrgica justo la semana antes de que se case la hija; o puede que la prueba de esfuerzo persista positiva a pesar del tratamiento y el albañil de mediana edad reciba un diagnóstico incompatible con el desempeño de su trabajo. A veces, una fractura de tobillo es una mala noticia porque te impide realizar el viaje que hacía tiempo que llevabas planeando. La mala noticia tiene al menos un componente objetivo (la ‘severidad’ de la mala noticia a la que hacemos referencia cuando informamos de enfer-

medades 'graves') y otro componente subjetivo que depende del propio paciente. Por ello, los pacientes responden a las malas noticias influenciados en gran medida por el contexto psicosocial en el que viven. No es de extrañar, pues, que las malas noticias sean recibidas de diferente manera por cada persona.

Las reacciones a la mala noticia dependen también de la edad, las obligaciones personales y familiares, la experiencia previa de enfermedad, los valores y las creencias, etc. de los pacientes. Podríamos concluir que una mala noticia, en definitiva, es un conflicto entre las expectativas que tenía el paciente antes de recibirla y las expectativas que ésta le proporciona.

No obstante, normalmente, se suele asociar una mala noticia a enfermedades como el cáncer o a una enfermedad terminal. Algunas definiciones parecen apuntar directamente en esta dirección: "Una mala noticia es cualquier información que ensombrece drásticamente las perspectivas de futuro de la persona a la que se informa" (2). "El 2 de octubre de 1996 salí de mi casa siendo una persona y, cuando volví, era otra diferente" (3). Esta frase, que corresponde al ciclista Lance Armstrong y se refiere al día en que le dijeron que tenía un cáncer testicular con metástasis, da idea del impacto que puede producir una mala noticia.

¿ES NECESARIO DAR MALAS NOTICIAS?

Hasta hace bien poco tiempo, era frecuente no decir el diagnóstico a los pacientes. En un estudio americano en 1961(4) se mostraba que el 88 % de los médicos ocultaban sistemáticamente el diagnóstico de cáncer a sus pacientes. En nuestro país, 20 años después, todavía se usaban eufemismos como "Tiene una inflamación crónica en el pulmón" para describir un carcinoma bronquial y se hacían 'informes dobles' para ocultar el verdadero diagnóstico. Lo común era "decirle al paciente lo menos posible, lo justo como para que se sometiese al tratamiento". Se llegaba al extremo de entregar un informe al paciente en el que aparecía la etiqueta de "inflamación crónica" en el lugar destinado al diagnóstico; mientras que sólo el informe destinado a la familia y al médico de cabecera contenía el diagnóstico correcto. Según encuestas realizadas en España en la

década de los 90 sobre si los entrevistados, desearían que sus familiares fuesen informados en caso de padecer cáncer, el 40% contestaba que no; y al preguntar lo mismo a personas que ya tenían un familiar enfermo de cáncer el porcentaje se elevaba al 73% (5). Es posible que tanto médicos como familiares, guiados por un deseo de protección y con la intención de evitar el sufrimiento de los pacientes y familiares enfermos, estuvieran tratando de ocultarles una información verdaderamente dolorosa.

No obstante, el estudio de Oken también mostraba que la mayor parte de los pacientes querían saber el diagnóstico. Las encuestas más recientes en nuestro medio corroboran esta tendencia: el 81 % de las personas quiere conocer su diagnóstico en el caso de que padeciese cáncer y sólo el 9,6 % manifiestan que ocultarían a sus familiares un diagnóstico de cáncer (6).

Lo que ocurre es que, en las últimas décadas, y en consonancia con los valores sociales imperantes, el modelo paternalista de atención a los pacientes está siendo reemplazado por otros modelos que priman más la autonomía del paciente y su derecho a la información (1,7). En la actualidad se piensa que la información clara y honesta sobre el diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento, dan la oportunidad al paciente de tomar las decisiones sobre su asistencia más acordes con sus valores y objetivos personales (8). Una persona no informada no puede tomar decisiones adecuadamente, lo que resulta imprescindible ante las crecientes posibilidades de una mayor y más agresiva tecnología diagnóstica y terapéutica de las neoplasias.

Además de tomar sus propias decisiones respecto al proceso podrá, si lo desea y/o lo necesita, solucionar otros asuntos de índole laboral, familiar, etc.

Otro importante motivo para informar es el relativo al acompañamiento: si el enfermo y su entorno conocen el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad pueden compartir el sufrimiento que comporta y vivir este periodo del final de la vida de forma más significativa. La realidad es que, aunque no informemos, el paciente siempre se entera de que se muere; pero, en este caso, llega a la muerte en un estado de angustiada soledad.

Cuando los médicos ocultan las malas noticias, además de disminuir la autonomía del paciente, corren el riesgo de perder su con-

fianza cuando descubren que se les ha ocultado información (9). Lo cierto es que, hoy día, sólo en muy raras ocasiones sería éticamente admisible ocultar unas malas noticias (10).

¿POR QUÉ ES TAN DIFÍCIL DAR MALAS NOTICIAS?

Existen muchas razones por las que es difícil para los médicos dar malas noticias. Una preocupación frecuente es cómo va a afectar al paciente la mala noticia, lo que en ocasiones se utiliza como excusa para ocultar la información. Ya Hipócrates aconsejaba “ocultar al paciente lo que puedas cuando le atiendas..., darle las órdenes necesarias con alegría y serenidad..., no revelarle al paciente nada relativo al estado presente o futuro de su enfermedad... pues muchos pacientes, al saber lo que les va a suceder, han pasado a estar peor” (11).

Por otra parte, aunque los estudios sobre las preferencias de los pacientes en relación a la información que solicitan sobre un diagnóstico terminal encuentran que del 50 al 90 de los pacientes desean una información completa, también se observa que un apreciable número de pacientes no desean ser informados (12); lo que obliga a los médicos a asegurarse de conocer cómo quiere el paciente que se aborde el tema de las malas noticias. Los estudios cualitativos sobre las necesidades de información de los pacientes con cáncer identifican varios aspectos que quieren tratar la mayoría de ellos (el diagnóstico, el pronóstico, si van a sufrir dolor, etc.); pero lo que es de la mayor importancia para un paciente no lo es para otro (y no se han identificado características de los pacientes que nos indiquen cuáles pueden ser sus preferencias) (13). Por tanto, el médico se enfrenta al doble reto de tener que individualizar la manera de dar las malas noticias y el contenido de la información de acuerdo a las necesidades y los deseos de cada paciente.

Los médicos también tienen sus propios problemas al dar malas noticias. Es una tarea desagradable ‘por definición’. Ningún médico quiere quitarle la esperanza al paciente. Pueden temer la reacción de los familiares, o no saber muy bien cómo actuar ante una respuesta emocional intensa. A menudo han de dar las malas noticias en sitios que no son adecuados para conversaciones tan delicadas e íntimas. El frenético ritmo de la práctica clínica puede forzar al médico a pro-

porcionar malas noticias sin haberse preparado con antelación o cuando está pendiente de atender otras responsabilidades y no tiene tiempo suficiente.

Por si fuera poco, el histórico énfasis que hace la enseñanza de la medicina en el modelo biomédico condiciona que se valore más la competencia técnica que las habilidades de comunicación. Esto se traduce en que los médicos se sienten poco preparados para afrontar la intensidad de las malas noticias o en que, cuando han de reconocer que no pueden proponer un tratamiento curativo, sienten injustificadamente que le han fallado al paciente.

El efecto acumulativo de todos estos factores produce inseguridad y malestar en los profesionales y, consecuentemente, una tendencia a librarse de situaciones en las que se les pida que den malas noticias (14). Rabow y McPhee, un tanto amablemente, describen el resultado final cuando afirman que “los clínicos solemos centrarnos en aliviar el dolor físico del paciente, a veces, su ansiedad y, raramente, el sufrimiento” (15).

Lo cierto es que, aunque no es agradable decirle a una persona algo que pensamos le puede sentar mal, en nuestro trabajo habitual, los médicos tenemos que dar malas noticias con cierta frecuencia a nuestros pacientes y a sus familiares o seres queridos (16).

¿POR QUÉ HAY QUE APRENDER A DAR MALAS NOTICIAS?

La forma en que se dan las malas noticias influye significativamente en la percepción que tiene el paciente de su enfermedad, en la relación médico-paciente a largo plazo y en la satisfacción de ambos, paciente y médico (17). Algunos autores han demostrado que los pacientes muestran más sentimientos de angustia ante los médicos que les dieron las malas noticias de forma, a su entender, inapropiada (18,19). Tanto los residentes como los médicos en ejercicio han mostrado tener una falta de confianza y de destreza a la hora de realizar esta habilidad clínica básica (20,21,22).

Aparte de las razones ya apuntadas en párrafos anteriores, uno de los mayores motivos que aducen los médicos para justificar la falta de habilidad y confianza a la hora de dar malas noticias consiste en

el hecho de no haber recibido ninguna formación específica sobre cómo comunicar eficazmente las malas noticias. En nuestro entorno, la mayor parte de los médicos aprenden a dar malas noticias por su cuenta, por el método de ensayo y error y, quizás, viendo actuar a otros médicos. El problema es que, en este campo, es común encontrarse con formas de actuar realmente negativas (20) y, por ello, si confiamos exclusivamente en la experiencia personal y en lo que hemos visto hacer, en vez de afrontar esta tarea con eficacia, podemos adoptar modos de actuar que no satisfacen las necesidades de los pacientes. Por el contrario, cuando se aprende a dar las malas noticias de forma estructurada, se mejora la capacidad de dar malas noticias de forma eficaz (23).

¿QUÉ ES LO IMPORTANTE PARA LOS PACIENTES?

Lo que más le importa al paciente cuando recibe malas noticias es que el médico sea competente, honesto y atento con él; que permita que se le hagan las preguntas necesarias; que proporcione un diagnóstico concreto y que pueda entender; y que use un lenguaje 'transparente' (24). El conocer bien al médico o el uso del contacto físico (por ejemplo, coger la mano al paciente), son menos valorados.

¿QUÉ ES LO IMPORTANTE PARA LOS FAMILIARES?

Los padres, la pareja, los hijos... o cualquier otro allegado si es el caso, seguramente van a ser el principal soporte emocional y físico del paciente; por lo tanto, deberemos concederles el protagonismo que ese papel de cuidador principal les confiere, e intentar establecer una alianza terapéutica en lugar de una barrera para la comunicación con el paciente (25,26).

La familia, así como el paciente, va pasando por diferentes fases. Después del primer impacto emocional la familia va a expresar sus propias necesidades, sus miedos y sus inseguridades respecto a la evolución del paciente, a sus cuidados, etc. Si recogemos estos miedos de la familia y los aliviamos, si explicamos la evolución

más probable, las posibilidades de tratamiento, etc., en definitiva, si apoyamos a la familia estamos apoyando indirectamente al paciente (27).

Aparte de la actitud de colaboración y de apoyo, los familiares dan más importancia a la privacidad, a la actitud, la competencia y la claridad del médico y también al tiempo que dedican a responder a sus preguntas (28).

PROTOCOLO PARA DAR MALAS NOTICIAS

Hay pocos estudios que hayan evaluado las estrategias para dar malas noticias (29). La mayor parte de los artículos sobre malas noticias proponen opiniones y revisiones efectuadas por expertos (30,31).

Baile et al, 2000, (16) organizaron lo publicado desde 1985 y desarrollaron un protocolo de 6 pasos como guía para dar malas noticias al que denominaron SPIKES. Una traducción reciente al castellano lo ha dado a conocer en España con el acrónimo EPICEE (32). Aunque de origen anglosajón, generalmente, este esquema constituye la base de los procedimientos recomendados por los expertos para dar malas noticias también en nuestro país (33). Las siglas EPICEE corresponden a los 6 pasos en que se conceptualiza y se desglosa el proceso de dar las malas noticias: “E” de entorno, “P” de percepción del paciente, “I” de invitación, “C” de comunicar, “E” de empatía y “E” de estrategia.

EPICEE: Entorno

Las malas noticias deben darse en un lugar privado de forma que sólo estén presentes el paciente, sus familiares o personas más allegadas y los miembros del equipo asistencial necesarios. Lo mejor es que el médico esté sentado, que establezca un buen contacto ocular con el paciente y que mantenga un contacto físico apropiado (por ejemplo, darle la mano, agarrarle el brazo o apoyar la mano en el hombro, etc.). Es muy importante disponer del tiempo suficiente para poder responder a sus preguntas. Las posibles interrupciones deben ser controladas de antemano: apagar el móvil o el buscapersonas,

hablar con el personal que pudiera entrar en la sala sin previo aviso, asegurarse de que otros compañeros pueden encargarse de situaciones no previstas, etc.

EPICEE: Percepción del paciente

Es necesario conocer qué es lo que sabe el paciente sobre su enfermedad antes de proceder a dar las malas noticias. Nos podemos valer de preguntas como: “Hasta el momento, ¿qué le han dicho que tiene?” ó “¿recuerda para qué hicimos esta prueba?”. Si valoramos los conocimientos previos del paciente, tendremos la oportunidad de corregir cualquier información errónea que pudiera existir y, además, podremos adaptar las malas noticias al nivel de comprensión que tenga el paciente; es decir, podremos personalizar la información, con lo que conseguiremos una mayor eficacia.

EPICEE: Invitación

Se trata de averiguar hasta dónde quiere saber el paciente. No todo el mundo quiere conocer con detalle lo que le pasa cuando espera un diagnóstico realmente malo. Cada persona tiene su propio ritmo para recibir y aceptar la información. Incluso, muchos utilizan la negación como mecanismo de adaptación y no quieren saber. Por estas razones, los médicos han de pedir permiso para dar las malas noticias. El modelo EPICEE es bastante directo en este punto:

- ¿Es usted el tipo de persona a la que le gusta conocer todos los detalles o quiere que hablemos sólo de aspectos del tratamiento?
- Si la enfermedad fuese más grave de lo esperado en un principio, ¿cómo le gustaría que manejásemos la información?/¿Qué le interesaría que le dijéramos?

Maguire y Faulkner (34) hacen un abordaje más indirecto, quizás más ‘humano’, pero también más complicado de conceptualizar:

- Utilizan eufemismos como medida de acercamiento (transición): “me preocupa que pueda ser algo más que una úlcera”, “hemos encontrado una pocas células raras”, “nos

encontramos ante un tipo de tumor”, “las articulaciones están inflamadas”, “hemos encontrado unas alteraciones en el sistema nervioso”, etc.

- Están muy atentos a la respuesta del paciente: a) si responde abiertamente con ¿qué quiere decir, doctor? probablemente nos está pidiendo más información; b) si por el contrario, nos dice: “lo dejo en sus manos, doctor”, es más probable que no quiera saber más.

Los médicos tenemos que pedir permiso para dar las malas noticias. Esto puede ser especialmente importante para pacientes de culturas distintas a la nuestra en las que la autonomía del paciente es relativa y sus decisiones las tienen que tomar de acuerdo con otras personas: es frecuente cuando se trata de pacientes de raza gitana o de inmigrantes cuyo grupo familiar o social juega un papel decisivo. El médico puede decir: “Quisiera informarte de los resultados de las pruebas, ¿está bien?” Lo mejor es informar a los pacientes sobre los resultados que se pueden esperar antes de pedir las pruebas y así se prepara a los pacientes para recibir posibles malas noticias: “Como ya sabes, te estamos haciendo una serie de pruebas. La verdad es que podemos encontrar cosas buenas y ‘no tan buenas’, aunque no lo sabremos hasta que nos lleguen los resultados.”

EPICEE: Conocimiento

Los pacientes necesitan tener la información necesaria para tomar sus propias decisiones; para ello, los médicos tenemos que darles la información de forma que la puedan entender; es decir, haciendo un esfuerzo por transmitir la información al nivel de comprensión que tenga el paciente. Por ejemplo, suele ser mejor decir que el tumor se ha extendido a otros lugares del cuerpo que decir que ha metastatizado. La información debe ser dada en pequeños trozos para facilitar su procesamiento por el paciente. Se puede comprobar si se ha comprendido preguntando de vez en cuando: “¿Me entiende?” “¿Quiere que le aclare alguna cosa en particular?” Deberíamos evitar la franqueza brusca y el optimismo engañoso. Cada vez son más los médicos que piensan que dar un periodo concreto de supervivencia no tiene ninguna utilidad.

EPICEE: Empatía

Más que una fase es una actitud que se ha de dar en todos los pasos que estamos comentando. Para ello:

- Explore las emociones de su paciente
- Entienda estas emociones y transmítale dicha comprensión

El médico empático es capaz de reconocer la respuesta emocional del paciente o de su familia identificándola en primer lugar y, luego, respondiendo adecuadamente. Puede decir, por ejemplo: “Entiendo que le disguste lo que le estoy diciendo”. También puede permanecer en silencio para permitir que el paciente procese la mala noticia y ventile sus emociones. En ocasiones, ofrecer un pañuelo en silencio es una buena opción.

Las emociones y las preocupaciones que afloran cuando se reciben malas noticias son abordadas por Maguire y Faulkner (34) de manera sistemática y de un modo que, además de útil, es relativamente sencillo de llevar a cabo:

- Paso 1: Identificar la emoción: “¿Qué sentimientos le provocan estas noticias?”
- Paso 2: Etiquetar la emoción: “Así que le asusta...”
- Paso 3: Legitimar/comprender/normalizar: “Es normal tener sentimientos de este tipo...”
- Paso 4: Respeto: “Debe ser duro para usted...”
- Paso 5: Indagar más y más: “¿Hay algo más que le preocupe?”
- Paso 6: Apoyo: “Veamos qué podemos hacer...”

EPICEE: Estrategia

Después de recibir las malas noticias, los pacientes suelen experimentar sensación de soledad y de incertidumbre. Una forma de minimizar la angustia del paciente es:

- Resumir lo que se ha hablado
- Comprobar qué es lo que ha comprendido
- Formular un plan de trabajo y de seguimiento

Si es posible, se puede dejar material escrito que el paciente puede hojear tranquilamente con posterioridad. Pero lo que hay que asegurar inexcusablemente es que el médico o el personal del

equipo asistencial está accesible para manejar los síntomas, para responder a sus preguntas y para abordar otras necesidades que puedan surgir.

LA FAMILIA Y LA “CONSPIRACIÓN DE SILENCIO”

Ya hemos comentado en párrafos anteriores que, en nuestro entorno, los pacientes están muy condicionados por los familiares y, a menudo, es imprescindible contar con su colaboración para informar a los pacientes. Es frecuente que se negocie con los familiares qué tipo de información daremos y cómo hemos de dársela al paciente. Más aún, sigue siendo bastante habitual que los familiares traten de proteger a sus seres queridos de la repercusión negativa que pueda derivarse del conocimiento de una enfermedad incurable. Su posición suele ser bien clara en este aspecto: “No quiero que le digan lo que tiene”. Si no se logra superar esta barrera, la familia y el paciente se ven abocados irremediabilmente a una situación de aislamiento y soledad en la que es imposible comunicar el sufrimiento natural en estas circunstancias: es lo que se ha etiquetado como ‘conspiración del silencio’ (25).

De nuevo, Maguire y Faulkner (35), proponen una serie de pasos que pueden ayudarnos a salir de la conspiración de silencio y que se aplican al familiar, al paciente y a ambos sucesivamente:

- El primer paso consiste en reconocer la existencia de la conspiración e interesarse por las razones que han llevado al familiar a realizar semejante petición: “Ya veo que no quiere que le digamos a Paco lo que tiene: ¿Qué le hace pesar que es lo mejor?”.
- Una vez que hayamos escuchado sus razones (sin juzgarlas en absoluto), debemos aceptarlas y legitimarlas: “Así que piensa que se derrumbaría y que sufriría lo indecible. Ahora entiendo que no quiera usted decirle nada”.
- En tercer lugar, conviene interesarse por las repercusiones de esta actitud sobre el propio familiar: “¿Qué repercusión tiene para usted el hecho de no poder decirle lo que tiene a su marido?” Tras escuchar el sufrimiento y los problemas que

causa al familiar la incomunicación con su ser querido, estaremos en disposición de poder hacer algo para aliviarlos: “Entiendo lo duro que puede ser estar allí como si no pasase nada”.

- Pedir permiso para hablar con el paciente: “¿Me permitiría intentar averiguar qué es lo que realmente sabe su marido? Quizás le esté ocurriendo a él lo mismo que a usted”.
- Hablar con el paciente (protocolo EPICEE) y pedir permiso para volver a hablar con el familiar: “Su mujer también conoce el diagnóstico y está pasando por una situación muy dolorosa. ¿Quiere que hablemos los tres del tema o prefiere tratarlo usted sólo con ella?”.

Acabar con la conspiración del silencio es doloroso para el médico porque testifica el amor entre los familiares y los efectos de una inminente pérdida. Pero es importante acabar con ella tan pronto como llegue a ser un problema porque, de otro modo, quedarán sin resolver asuntos importantes. Si esos asuntos no son abordados cuando el paciente tiene capacidad física y psíquica para hacerlo, cuando se sepa impotente se sentirá también angustiado, con lo que se agravarán los inevitables periodos de ansiedad y depresión. Este sufrimiento mental disminuirá el umbral en el que experimenta síntomas físicos como dolor o náuseas y causará problemas al intentar aliviar los síntomas. Por último, el dejar asuntos importantes no resueltos, tanto de índole práctica como emocional, también hace difícil a los familiares elaborar su duelo (35).

CONCLUSIÓN

La manera en que damos las malas noticias afecta la capacidad de afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente y su familia, sin hablar de la satisfacción con la atención sanitaria y, especialmente, con el médico.

Los modelos de comunicación empática como el EPICEE para dar malas noticias pueden ayudar a mejorar la relación médico-paciente y disminuir la angustia del paciente. Aunque es un modelo de actuación que no requiere mucho tiempo, no deja de ser una des-

treza clínica básica relativamente complicada y que, por tanto, precisa de un entrenamiento para poder ser realizada con soltura. La literatura (y nuestra experiencia) recomienda dedicar un tiempo y un esfuerzo mínimos para conocer los detalles técnicos y ponerlos en práctica en condiciones de bajo riesgo: nos referimos a talleres y actividades docentes similares. Lo importante es que todo médico tenga la oportunidad de conocer cómo lo hacen los expertos y de practicar y recibir feedback sobre su propia actuación.

BIBLIOGRAFÍA

1. VANDEKIEFT, G.K. Breaking bad news. *Am Fam Physician* 2001; 64(12): 1975-8).
2. BUCKMAN, R. Breaking bad news: Why is it still so difficult? *Br Med J* 1984; 288(6430): 1597-9.
3. ARMSTRONG, L. *It's not about the bike: my journey back to life*. New York: Putnam, 2000.
4. OKEN, D. What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. *JAMA* 1961; 175: 1120-8.
5. FERNÁNDEZ DÍAZ, R., PÉREZ SUÁREZ, M.C., COSSÍO RODRÍGUEZ, I., MARTÍNEZ GONZÁLEZ, P. Actitud ante una enfermedad incurable. *Aten Primaria* 1996; 6: 389-393.
6. RUBIO ARRIBAS, V., SAMPEDRO MARTÍNEZ, E., ZAPIRAIN SARASOLA, M., GIL BENITO, I., AYECHU REDIN, S., TAPIZ IBÁÑEZ, V. Diagnóstico: cáncer. ¿Queremos conocer la verdad? *Aten Primaria*. 2004; 33: 368-73.
7. MITCHELL, J.L. Cross-cultural issues in the disclosure of cancer. *Cancer Pract* 1998; 6(3): 153-60.
8. BURACK, J.H. Truth telling. En: Sugarman J, ed. *20 common problems: ethics in primary care*. New York: McGraw-Hill, 2000: 131-48.
9. RADOVSKY, S.S. Bearing the news. *N Engl J Med* 1985; 313(9): 586-8.
10. BURACK, J.H. Truth telling. En: Sugarman J, ed. *20 common problems: ethics in primary care*. New York: McGraw-Hill, 2000: 131-48.
11. Hippocrates. *Decorum*, XVI. En: Jones WH. *Hippocrates with an English translation*. Vol II. London: William Heinemann, 1923.
12. Ley P. Giving information to patients. En: Eiser JR, ed. *Social psychology and behavioral medicine*. New York: Wiley, 1982: 353.

13. KUTNER, J.S., STEINER, J.F., CORBETT, K.K., JAHNIGEN, D.W., BARTON, P.L. Information needs in terminal illness. *Soc Sci Med* 1999; 48: 1341-52.
14. O'HARA, D. Tendering the truth. *Am Med News* 2000; 43: 25-6.
15. RABOW, M.W., MCPHEE, S.J. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med* 1999; 171: 260-3.
16. BAILE, W.F., BUCKMAN, R., LENZI, R., et al. SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5(4): 302-11.
17. PTACEK, J.T., EBERHARDT, T.L. Breaking bad news: a review of the literature. *JAMA*. 1996; 276: 496-502.
18. FALLOWFIELD, L.J. Giving sad and bad news: *Lancet* 1993; 341: 476-8.
19. MAGUIRE, P. Breaking bad news. *Eur J Surg Oncol* 1998; 24: 188-91.
20. FALLOWFIELD, L.J. Things to consider when teaching doctors how to deliver good, bad and sad news. *Med Teach* 1996; 18: 27-30.
21. BUCKMAN, R. How to break bad news: a guide for health care professionals. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992.
22. EGGLEY, S., ALFONSO, N., ROJAS, G., BAKER, M., CARDOZO, L., ROBERTSON, R.S. An assesment of residents' competence in the delivery of bad news to patients. *Acad med* 1997; 72: 397-9.
23. ROSENBAUM, M.E., FERGUSON, K.J., LOBAS, J.G. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad Med* 2004; 79: 107-17.
24. PARKER, P.A., BAILE, W.F., DE MOOR, C., et al. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *J Clin Oncol* 2001; 19(7): 2049-56.
25. GÓMEZ, M. *Cómo dar las malas noticias en medicina*. 2ª ed. Madrid: Arán Ediciones, 1998.
26. DIE TRILL, M., LOPEZ, E. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos, la comunicación con el enfermo y familia. Madrid: Ades Ediciones, 2000.
27. AYARRA, M., LIZAZARRAGA, S. Malas noticias y apoyo emocional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2001; 24(S2): 55-64.
28. JURKOVICH, G.J., PIERCE, B., PANANEN, L., et al. Giving bad news: the family perspective. *J Trauma* 2000; 48(5): 865-70.
29. WALSH, R.A., GIRGIS, A., SANSON-FISHER, R.W. Breaking bad news 2: What evidence is available to guide clinicians? *Behav Med* 1998; 24(2): 61-72.
30. GIRGIS, A., SANSON-FISHER, R.W. Breaking bad news 1: current best advice for clinicians. *Behav Med* 1998; 24(2): 53-9.

31. PTACEK, J.T., EBERHARDT, T.L. Breaking bad news: a review of the literature. *JAMA* 1996; 276(6): 496-502.
32. BUCKMAN, R., KORSCH, B., BAILE, W. Curso a distancia de habilidades de comunicación en la práctica clínica. Manual de estudio. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud, 2000.
33. PRADOS, J.M., QUESADA, F. Guía práctica sobre cómo dar malas noticias. *FMC* 1998; 5: 238-250.
34. MAGUIRE, P., FAULKNER, A. Communicate with cancer patients: 1. Handling bad news and difficult questions. *BMJ* 1988; 297(6653): 907-9.
35. MAGUIRE, P., FAULKNER, A. Communicate with cancer patients: 2. Handling uncertainty, collusion, and denial. *BMJ* 1988; 297(6654): 972-4.

