



Cómo se dan las malas noticias de enfermedad terminal por un grupo médico no especializado en cuidados paliativos¹

Dra. Wendy García-Reyes,* Dra. Argelia Lara-Solares,** Dr. Uriah Guevara-López,**
 Dr. Armando Flores-Rebollar*** Dra. Aurora Loaeza-Del Castillo***

* Residente de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.

** Médicos adscritos del Departamento de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán».

*** Médicos adscritos del Departamento de Medicina Interna. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán».

¹ Presentado en Cartel en el XXX Congreso Nacional del Colegio de Medicina Interna de México. Noviembre del 2007 en Monterrey, Nuevo León.

Solicitud de sobretiros:

Dra. Wendy García Reyes
 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán»
 Vasco de Quiroga Núm. 15,
 Tlalpan.14000, México. D.F.
 Tel: 5487-0900 Ext.: 5008
 Correo electrónico: wafcalatrava04@yahoo.com.mx

Recibido para publicación: 06-02-07

Aceptado para publicación: 14-03-07

RESUMEN

Antecedentes: La comunicación de la verdad cuando se trata de informar «malas noticias» es una situación estresante y difícil para los médicos. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, en residentes de Medicina Interna del INCMNSZ. El cuestionario quedó conformado con 21 preguntas, que permitieron evaluar y categorizar la forma de dar malas noticias: Identificar la primera experiencia, impacto emocional, conceptos básicos, comunicación con el paciente, autocrítica del encuestado y deseo de capacitación. **Resultados:** El 56.0% de los encuestados jamás recibió capacitación para dar malas noticias, y creen que su capacidad para dar malas noticias es de mala a regular. El 96.0% considera que el enfermo debe conocer su diagnóstico; sólo el 38.0% de los residentes pregunta al paciente hasta dónde desea conocer el pronóstico de su enfermedad. El 8.0% considera informar únicamente al familiar responsable. El 100% respondió que si ellos fueran el paciente desearían ser informados en caso de presentar una enfermedad terminal. Sólo el 58.0% ha tenido experiencia de recibir malas noticias, ésta influyó positivamente en su desarrollo profesional. El 80.0% reconoce necesitar capacitación en este tópico. **Conclusiones:** Al igual que en otros países, esta encuesta refleja que la capacitación para dar malas noticias es escasa entre los médicos especialistas.

Palabras clave: Comunicación, malas noticias, médicos residentes, comunicación médico-paciente, información de malas noticias.

SUMMARY

Materials and methods: An observational prospective and transverse study was performed in residents of the internal medicine program at the INCMNSZ. The questionnaire included 21 items that allowed the evaluation and categorization of the following aspects related to the delivery of bad news: previous information, first experience, emotional impact, accordance with basic concepts, communication with the patient, self-critical evaluation, personal experience, and willingness to receive training. **Results:** Fifty-six percent of the surveyed residents had never received information or training in bad news delivery; and only 8.0% communicated that they had received in their judgment an adequate or complete training, for the most part during medical school. Of the surveyed residents 96% considered that patients should know their diagnosis and prognosis; however, only 38.0% of residents referred having queried patients the extent to which they wished to know their prognosis. The majority

reported disclosing the diagnosis directly to the patient; only 8% considered it correct to solely inform the responsible family member. Fifty-six percent of surveyed residents consider their capacity to deliver bad news as poor to regular. Of the surveyed residents 100% reported that they would like to be informed in case of terminal disease. Only 58.0% of surveyed residents have had an experience in receiving bad news and it had a positive impact on the majority of them. Eighty-percent of surveyed residents admitted that they needed training in this topic. **Conclusions:** As in other countries, this survey shows how training in bad news disclosure in Mexico is scarce among specialists.

Key words: Communication, bad news, medical residents, doctor-patient communication, breaking bad news.

INTRODUCCIÓN

La muerte es un acontecimiento importante para cualquier persona, morir o ser testigo de la muerte de otra persona resulta una experiencia traumática; en este acto se involucran intensas y variadas emociones, intervienen miedos olvidados que emergen en el paciente, en sus familiares y en los profesionales de la salud⁽¹⁾.

La comunicación constituye una de las herramientas primordiales para que el médico informe lo relacionado con su área de competencia, una buena comunicación puede ayudar a mejorar la calidad de vida del enfermo. Por otra parte un control efectivo de los síntomas resulta imposible si no se cuenta con un adecuado entendimiento del estado clínico⁽²⁾. La comunicación de la verdad, particularmente cuando se trata de informar «malas noticias» se convierte en una situación estresante y dificultosa para los médicos de cualquier especialidad⁽³⁾.

Por «mala noticia» entendemos cualquier información que altera negativamente la visión que el paciente tiene de su futuro, aun cuando los médicos constantemente deben informar a los pacientes sobre aspectos adversos de su salud, la literatura revela enormes deficiencias en este rubro^(4,5).

Se ha observado que la resistencia de los profesionales a informar malas noticias se debe a que esto genera gran estrés, intensas emociones, sensaciones de responsabilidad por la noticia dada y temor a una evaluación negativa; en Japón en 2003 el 83% de los pacientes eran informados de su diagnóstico de cáncer, considerando que el paciente tiene que conocer primero la noticia que la familia, sin embargo culturalmente esto no suele suceder en países latinoamericanos; recibiendo primero la información la familia, la cual toma un rol especial como intermediaria entre el médico y el paciente en la comunicación de las malas noticias⁽⁶⁻⁸⁾.

En un estudio retrospectivo de 1999-2001, realizado en los residentes de Medicina Interna de Harvard, el 42% reportó tener temor a la reacción emocional del paciente^(9,10). Esta actitud también está determinada por la vivencia personal del profesional, y su experiencia previa ante el dolor y

la muerte, así como su capacidad para mostrarse empático ante los sentimientos de los demás⁽¹¹⁾.

Los estudiantes y residentes de medicina interna frecuentemente están implicados en dar malas noticias, siendo una tarea difícil de realizar, sobre todo por la inexperiencia, o porque no han recibido una adecuada preparación durante su formación académica⁽¹²⁾.

El concepto tradicional de la medicina, enfatiza el proceso de sanar y reducir el sufrimiento como su misión más importante, mientras que el deterioro y la muerte enfrentan al médico con las limitaciones de la medicina⁽¹³⁾.

En un simposium realizado en 1998 por la Sociedad Americana de Oncología se registró, que aproximadamente el 60% de los médicos oncólogos dan malas noticias 5 a 20 veces al mes, reportando que el 42% presentó dificultad para comunicarlas, 47% considera que su actividad de comunicar malas noticias es inadecuada^(14,15).

Albert Jovell enfatiza que la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación médico-paciente, y que el mejor procedimiento para favorecer dicha relación es la confianza mutua, basada en el respeto, la comprensión y el afecto, siendo la comunicación la habilidad más importante en la relación de ayuda, y utilizarla correctamente provoca un efecto benéfico inmediato en el paciente⁽¹⁶⁾.

Es importante saber cómo dar malas noticias, iniciando por considerar que ésta es una interacción en donde participan un código, un emisor y un receptor; el código es un acuerdo de significados, en este caso, sería el concepto de terminalidad; la OMS ha establecido criterios para identificar la enfermedad terminal:

- Diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de respuesta al tratamiento específico.
- Pronóstico de vida no mayor a 6 meses.
- Numerosos síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico⁽¹⁷⁾.

En las últimas tres décadas se han observado cambios significativos en las actitudes de los médicos al revelar las noticias de terminalidad, en 1961 el 90% de 219 médicos estadounidenses encuestados establecieron que ellos usual-

mente no revelaban el diagnóstico a sus pacientes⁽¹⁸⁾. Un estudio similar realizado en Estados Unidos (1988), reveló que el 98% estuvo a favor de decirles a los pacientes el diagnóstico, y que todos ellos quisieron ser informados si ellos tuvieran una enfermedad terminal⁽¹⁹⁾.

Existen evidencias de que aunque muchos médicos pueden pensar que ya comunicaron la mala noticia, el mensaje pudo no haber sido recibido o no fue entendido por el paciente; por otro lado la atención integral de las personas con enfermedad en fase terminal precisa una relación centrada, que permite la atención de aspectos psicológicos, afectivos y espirituales⁽²⁰⁾.

La literatura muestra básicamente tres modelos para informar las malas noticias: el primero sin revelación, este modelo tradicional en donde la noticia del diagnóstico era dada a un familiar, quien junto con el médico ocultaba la noticia; este modelo ha demostrado dañar la relación médico-paciente, impide la participación del paciente en la toma de decisiones⁽²¹⁾.

Segundo modelo: revelación total, ésta implica dar la información a los pacientes tan pronto como se conozca, intenta promover la confianza y la comunicación médico-paciente: Reynolds et al, en 1981 realizó un estudio reportando que 91% de los pacientes quisieron conocer su diagnóstico, 97% información acerca de su tratamiento y 88% el pronóstico⁽²²⁾.

Tercer modelo: revelación individualizada, la cantidad de información revelada y el grado de esta revelación se ajusta a los deseos individuales del paciente, a través de la negociación médico-paciente⁽²³⁾. Por lo tanto la revelación será un proceso que tome tiempo, permite una relación colaborativa entre ambas partes⁽²⁴⁾.

Para que la información sea una herramienta terapéutica debería presentar aquellas características que la hagan lo más válida posible; adaptada a las expectativas de conocimientos que tenga el paciente, circunscrita a la evolución de la enfermedad, sin adelantar acontecimientos, concreta y cercana a las preguntas del paciente, coherente entre todas las fuentes, realista sin suprimir la esperanza, transmitiendo aspectos positivos y adaptadas a la situación psicológica del paciente, permitiendo la participación del mismo^(25, 26).

No existen reglas generales, pero es importante considerar las etapas del proceso de información; elección del encuadre externo (adecuar el lugar donde se informa), exploración del nivel de información (explorar qué sabe el paciente y qué desea saber), información (informar con delicadeza, no utilizar lenguaje técnico), evaluar el impacto (permitir un tiempo para que el paciente asimile la información), favorecer la expresión de las emociones (valorar el impacto que ha producido la información), comprobación (lo que ha entendido el paciente, sin dar indicaciones no solicitadas de cómo debería de organizar su vida), apoyo (mostrar inte-

rés continuo en sus necesidades, y volver a tener una entrevista en 2 ó 3 días para evaluar el impacto)^(27,28).

En este contexto no bastaría con establecer normas de acción, es necesario fundamentar e interiorizar los principios éticos, de ahí que se enfatice la importancia en la capacitación del médico, para proporcionarle la información básica, estrategias para comunicar malas noticias, y para conservar su calidad humana y raciocinio bioético, con el fin de ofrecer al paciente el ejercicio libre de auto-determinación en el marco de una relación de íntima confianza^(29,30).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, en los residentes del Curso de Medicina Interna del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán» (INCMNSZ). El Instituto es un centro de referencia nacional y sede universitaria para cursar la Especialidad de Medicina Interna reconocida por la UNAM. Se utilizó como herramienta de evaluación un cuestionario autoaplicable compuesto por 21 preguntas. El cuestionario fue aplicado en un grupo piloto de 9 residentes de medicina interna elegidos al azar, con el objetivo de evaluar el comportamiento del instrumento; evaluándose la comprensión de cada pregunta, la adaptación de las respuestas a las preguntas en el caso de opción múltiple y las tendencias grupales de cada respuesta. En general no se encontraron dificultades en la comprensión de las preguntas, se discutió cada pregunta con el grupo, aceptándose sugerencias en posibles respuestas, y la adaptación de éstas. Se realizaron las modificaciones pertinentes y se discutió nuevamente con los autores hasta obtener la versión final.

El cuestionario quedó conformado con 21 reactivos, todas fueron preguntas cerradas con 3 a 5 posibles respuestas para elegir, cinco preguntas dicotómicas y tres preguntas dependientes.

Las preguntas permitieron evaluar y categorizar los siguientes puntos:

- A. La información recibida en pregrado sobre el dar malas noticias.
- B. Primera experiencia al dar malas noticias.
- C. El impacto emocional del acto de dar malas noticias.
- D. Apego a los conceptos y recomendaciones básicas para dar malas noticias.
- E. Comunicación con el paciente.
- F. Evaluación autocrítica de la actividad del encuestado para dar malas noticias.
- G. Experiencia personal previa del encuestado en recibir malas noticias.
- H. Deseo de información o capacitación sobre cómo dar malas noticias.

Los datos de los cuestionarios fueron analizados utilizando estadística descriptiva con el software SPSS versión 13 (SPSS, Inc., Chicago, Ill). Se analizó la asociación entre variables categóricas con razón de momios, aplicando prueba de Fisher y Ji-cuadrada.

RESULTADOS

El grupo de residentes de Medicina Interna está compuesto por 84 médicos, integrados en un curso de 4 años. Se decidió aplicar el cuestionario en el último trimestre del año académico en curso, eligiéndose 2 de las sesiones clínicas con mayor afluencia de médicos residentes. La participación de los residentes fue voluntaria y anónima, se obtuvo la participación de 50 residentes la mayoría de ellos de 1° y 2° año, debido a que es el grupo más numeroso (51/84). La edad promedio fue de 26.76 ± 1.59 años, la mayoría de los residentes estaban cursando el 1° año de la residencia (27/50), la mayor parte del grupo son solteros (88%) (Cuadro I).

De los puntos evaluados el 56.0% de los encuestados jamás recibió información o capacitación para dar malas noticias, sólo 8.0% aceptaron haber recibido un entrenamiento que a su juicio fue completo o satisfactorio, en la mayoría éste fue en la Facultad de Medicina. De los residentes que nunca recibieron entrenamiento previo a su ingreso al curso de Medicina Interna, su primera experiencia dando malas noticias se basó en la imitación de experiencias observadas en otros médicos con mayor experiencia (adscritos y residentes de mayor jerarquía) en un 27.8%, y el resto desarrollaron su experiencia basándose en lo que creyeron que era correcto en esos momentos. El 14.0% de los residentes calificaron como mala a la primera experiencia en dar malas noticias, 32.0% la percibieron una actuación regular. Ochenta y dos por ciento de los encuestados consideran que les resulta difícil dar malas noticias y 67.4% creen que la dificultad estriba en la reacción del enfermo y/o la familia.

Doce por ciento de los participantes prefieren delegar la responsabilidad a otro médico en esta situación. Casi todos (96.0%) los encuestados consideran que el enfermo debe conocer su diagnóstico y pronóstico, pero existe mayor énfasis en la comunicación del pronóstico del enfermo en los residentes de menor jerarquía (RM 4.72, IC 95%, P. Fisher $p = 0.04$); sin embargo sólo el 38.0% de los residentes pregunta al enfermo hasta dónde desea conocer el pronóstico de su enfermedad. La actitud de los residentes en cuanto a quiénes deben saber o recibir las malas noticias engloba tanto al enfermo como a su familia en el 86.0% y un pequeño porcentaje consideran correcto sólo informar a la familia o familiar responsable (8.0%).

Cuando se les cuestionó a los residentes sobre el lugar idóneo o elegido para dar malas noticias sólo el 52.0% eligió un lugar privado o apartado. La mayoría de los residen-

Cuadro I. Características de los residentes participantes.

Características	Valores
Edad promedio, años \pm DE	26.76 \pm 1.59
Sexo, n (%)	
Mujeres	20 (40)
Hombres	30 (60)
Universidad de origen, n (%)	
Pública	41 (82)
Privada	9 (18)
Año de residencia, n (%)	
R1	27 (54)
R2	11 (22)
R3	9 (18)
R4	3 (6)

La edad promedio fue de 26.76 ± 1.59 años, la mayoría de los residentes estaban cursando el 1° año de la residencia

tes son conscientes del impacto emocional causado por la información que emiten, permitiendo además la expresión de emociones por parte del paciente. El 56.0% de los encuestados creen que su capacidad para dar malas noticias es de mala a regular, pero específicamente el grupo de residentes de 2° año, calificaron como buena su capacidad para dar malas noticias (RM 15.75, P. Fisher $p = 0.001$). En cuanto a sus vivencias y percepción personal de las malas noticias, el 100% respondió que desearía ser informado en caso de presentar una enfermedad terminal. Sólo el 58.0% ha tenido experiencia de recibir malas noticias y acepta en un 81.3% que esto influyó positivamente en su actividad profesional. Y finalmente, el 80.0% de los encuestados creen que es útil y necesario dentro de su formación profesional el entrenamiento sobre este tópico.

DISCUSIÓN

En la relación médico-paciente, es el médico el que habitualmente aporta un porcentaje más elevado a la hora de la decisión sobre lo que dice y el cómo lo dice. Por otra parte cada médico tiene su propia filosofía al respecto, su propio sistema de creencias, su experiencia acumulada, y en muchos casos subconscientemente manejada.

Lamentablemente, los profesionales reciben poco o ningún adiestramiento en este sentido, durante su etapa de formación en las facultades y escuelas universitarias⁽³¹⁾.

Corroborándose en este estudio que sólo 8% recibió un entrenamiento que fue considerado como satisfactorio, y en estos casos, la mayoría lo recibió en la Facultad de Medicina. De los residentes que no recibieron entrenamiento, su primera experiencia en dar malas noticias se basó en la imitación de experiencias observadas en otros médicos con

mayor experiencia (adscritos y residentes de mayor jerarquía) en un 27.8% considerándola como mala a regular en la mitad de los encuestados, la mayor parte de los residentes que participaron en este estudio tienen dificultad para dar malas noticias. Similares resultados se han observado en otras encuestas, en 1998 la Sociedad Americana de Oncología en su reunión anual aplicó una encuesta en 500 oncólogos, donde más de 90% de los encuestados reconocieron carecer de formación para comunicar malas noticias a sus enfermos y controlar las reacciones emocionales que podían ocasionar en sus familiares⁽³²⁾. La dificultad para comunicar las malas noticias principalmente en este estudio se asoció al temor de la reacción del enfermo y/o la familia. Esta misma situación se ha encontrado en otros estudios; una encuesta realizada entre oncólogos griegos, 60% reportaron sufrir tristeza y 30% ansiedad al dar malas noticias⁽³³⁾.

La mayoría de los residentes encuestados consideran que el enfermo debe conocer su diagnóstico y pronóstico, sin embargo sólo un tercio de ellos pregunta al enfermo hasta dónde desea conocer el pronóstico de su enfermedad. Estos resultados son semejantes a otras encuestas realizadas en el mundo occidental, donde el 80 a 90% refiere decir la verdad del diagnóstico al paciente. Este punto tiene un trasfondo cultural, ya que en países especialmente no relacionados con la cultura occidental, tienen distintos resultados; recientemente se realizó una encuesta entre oncólogos turcos donde el 48% refirió que dice rara vez el diagnóstico a sus enfermos y tan sólo el 7% lo hace de forma rutinaria⁽³⁴⁾. Este punto es sumamente importante ya que la veracidad de la información al paciente es una de las piedras angulares del acto de decir malas noticias.

En 1962 en los Estados Unidos, Gilbertsen y Wangesteen realizaron otro estudio, investigando lo que preferían los enfermos; resultando que el 80% de ellos deseaba ser informado de la realidad de su estado físico y de su pronóstico⁽³⁵⁾. Más recientemente, una encuesta efectuada en 1996 por Meredith et al en Escocia a 250 enfermos de cáncer demostraba que el 79% de los pacientes entrevistados afirmaron rotundamente querer la máxima información posible sobre su enfermedad, 96% deseaba saber específicamente si su enfermedad tenía algo que ver con el cáncer, 91% quería

saber las posibilidades de curación y el 94% quería conocer los efectos secundarios del tratamiento⁽³⁶⁾.

Otro estudio realizado en 1980 en Gran Bretaña reportó que no informan habitualmente a los enfermos el 75% de los médicos generales, y el 56% de los médicos de hospital⁽³⁷⁾.

Encuesta realizada por González Barón y Poveda de Agustín demuestra que 62% de los médicos entrevistados refieren haber obtenido una respuesta mejor de la que esperaban del enfermo tras comunicar la enfermedad y su pronóstico⁽³⁸⁾.

En cuanto a las vivencias y percepción personal de las malas noticias, el 100% de los residentes, respondió que desearían ser informados en caso de presentar una enfermedad terminal.

Mientras que una Encuesta Nacional realizada a médicos de Atención Primaria en España, reveló que el 32.17%, desearía ser informado si ellos fueran afectados por cáncer, sin embargo solamente el 58.67% de este grupo médico informa habitualmente a los enfermos, un 8.09% desearía no saberlo⁽³⁹⁾.

La actitud de los residentes en cuanto a quién darle la información, engloba tanto al enfermo como a su familia en el 86% y un pequeño porcentaje considera correcto sólo informar a la familia o familiar responsable (8.0%). De acuerdo con otros estudios, casi todos los médicos apoyan la presencia de un familiar cuando se revela el diagnóstico, pero al mismo tiempo reconocían que la mayor parte de las familias desean que el paciente no sea informado⁽⁴⁰⁾.

El 86% de los médicos respondieron que desearían tener unas guías para dar malas noticias, aunque los médicos con más antigüedad necesitaban menos de las mismas. En este estudio el 80% de los encuestados creen que es útil y necesaria dentro de su formación profesional la capacitación sobre este tópico.

CONCLUSIONES

Al igual que en otros países esta encuesta refleja que la capacidad para dar malas noticias es escasa entre los médicos especialistas en formación.

El dar malas noticias es uno de los momentos más intensos en la relación médico-paciente y por la trascendencia de esta comunicación se debería incluir dentro de la formación de los médicos especialistas.

REFERENCIAS

- Jovell AJ. Medicina basada en la afectividad. *Med Clin (Barc)* 1999;113:173-175.
- Porciani F. Comunicaciones médico-paciente e informazione del pubblico. 3 Quaderni di Cure palliative luglio, settembre. Anno 1. Milano: Masson; 1993:231-232.
- Bascuñán ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Rev Méd Chile* 2005;133:693-694.
- Ungar L. Breaking bad new: structures training for family residents. *Patient Education and Counseling* 2002;48:63-68.
- Dias L, Bruce A, Chabner, Thomas J, Lynch JR, Richard T, Penson. Breaking bad new: a patients perspective. *The Oncologist* 2003;8:592-93.
- Baile W, Buckman R, Lenzi R, Gliber G, Beale E, Kudelka P. Spikens-a six-step protocol for delivering bad new: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000;5:302-311.

7. Morita T, Akechi T, Ikenaga M, Kizawa Y, Kohara H, Mukaiyama T, et al. Communication about the ending of anticancer treatment and transition to palliative care. *Annals of Oncology* 2004;15:51-53.
8. Back A, Arnold R, Baile W, Tulsky J, Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005;55:164-5.
9. Ruopp P, Delvecchio MJ, Lakoma M, Nina M. Questioning care at the end of life. *Journal of Palliative Medicine* 2005;8:510-513.
10. Redinbaugh EM, Sullivan AM, Block SD, Gadmer NM, Lakoma M, Mitchell AM, Seltzer D, Wolford J, Arnold RM. Doctors emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors. *BJM* 2003;327:185-190.
11. Lloyd WM. Breaking bad news to patients and relatives. *BJM* 2002;325:511.
12. Orlander JD, Fincke G, Hermanns D, Johnson GA. Medical residents first clearly remember experiences of giving bad news. *J Gen Intern Med* 2002;17:825-40.
13. Lauren D, Bruce A, Chabner, Thomas J, Lynch JR, Richard T. Breaking bad news: a patients perspective. *J Clin Oncologist* 2003;8:587-96.
14. Back AL, Arnold RM, Tulsky, et al. Teaching communication skills to medical oncology fellows. *J Clin Oncol* 2003;21:2433-6.
15. Baile W, Buckman R, Lenzi Renato, Gloger G, Beale E, Kudelka A. Spikes- a six step protocol for delivering bad news. Application to the patient with cancer. *The Oncologist* 2000;5:302-3.
16. Jovell AJ. Medicina basada en la afectividad. *Med Clin (Barc)* 1999;113:173-5.
17. Plancarte SR. Manual de alivio del dolor. Distrito Federal, México: McGraw-Hill 2004;453.
18. Matthews E. Can paternalism be modernized. *J Clin Oncologist* 1986;2:300-3.
19. Novack DH, Plumber R, Smith RL, Ochitil H, Morrow GR, Bennett JM. Changes in physicians attitudes towards telling the cancer patient. *J Amer Assoc* 1989;241:897-900.
20. Benitez DR, Asensio F. La comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal. *Aten Primaria* 2002;7:115-18.
21. Stedeford A. Copules facing death: Insatisfactory communication. *Brit Med J* 1981;283:1098-1101.
22. Goldie L. The ethics of telling the patient. *J Med Ethics* 1982;8:128-33.
23. Back A, Arnold R, Baile W, Tulsky J, Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005;55:16471-72.
24. Kassirer JP. Adding insult to injury. *New Engl J Med* 1983;308:898-901.
25. Benitez DR, Asensio F. La comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal. *Aten Primaria* 2002; 7: 117.
26. Ambuel B. Delivering bad news and perceiving student/resident learners. *Journal of Palliative Medicine* 2003;6:265-66.
27. Bascuñán ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde la perspectiva psicológica. *Rev Méd Chile* 2005;133: 695-7.
28. Baile W, Buckman R, Lenzi Renato, Gloger G, Beale E, Kudelka A. Spikes- a six step protocol for delivering bad news. Application to the patient with cancer. *The Oncologist* 2000;5:302-3.
29. Bascuñán ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde la perspectiva psicológica. *Rev Méd Chile* 2005;133:697-8.
30. Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. *Can Med Assoc J* 1999;156:1159-64.
31. Couceiro A. El nuevo rostro de la relación sanitaria: el consentimiento informado y sus aplicaciones 1995;1117:39.
32. Gómez SM. Cómo transmitir malas noticias. Madrid. Arán 1998:329-45.
33. Mystakidou K, Liossi CH, Vlachos L, Papadimitriou J. Disclosure of diagnostic information to cancer patients in Greece. *Palliat Med* 1996;10:195-200.
34. Ozdogan M, Namur M, Artac M, Yildiz M, Savas B, et al. Factors related to truth practice of physicians treating patients with cancer in Turkey. *J of Palliative Medicine* 2006;9:1114-19.
35. Gilbertsen VA, Wagnesteen OH. Should the doctor tell the patient that the disease is cancer? *Cancer J for Clinicians* 1962;12:82-6.
36. Meredith C, Symonds P, Webster L, et al. Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients views. *Br Med J* 1996;313:724-26.
37. Wilkes E. The quality of life. In: Doyle D, de. Palliative care the management of far advanced illness. Philadelphia: Charles Press, 1984:9-19.
38. Gómez SM. Medicina paliativa: la respuesta a una necesidad. Madrid: Arán, 1998.
39. Centeno CC, Núñez JM. Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España. *Med Clin (Barc)* 1998; 110:744-50.
40. González BM, Poveda AJ. Criterio de información al paciente oncológico terminal: verdad soportable. Seminario internacional sobre la información del diagnóstico del enfermo con cáncer. Madrid: Fundación Científica de la Asociación Española contra el Cáncer, 1992:137-54.