
Cómo dar malas noticias

PID_00255173

Carme Nogueras Rimblas

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 1 hora



Índice

Introducción	5
Objetivos	6
1. Las malas noticias	7
1.1. Importancia de comunicar las malas noticias	7
1.2. Dificultades y barreras para la comunicación de malas noticias	9
2. El protocolo de seis pasos de Buckman	11
2.1. Empezar	11
2.2. Descubrir qué sabe el paciente	12
2.3. Descubrir qué quiere saber el paciente	13
2.4. Compartir	14
2.5. Responder a las emociones del paciente	15
2.6. Planificar y establecer seguimiento	16
Resumen	18
Bibliografía	19

Introducción

En el entorno de la salud, se entiende como mala noticia aquella que ocasiona un cambio radical y negativo en la perspectiva del paciente, o de sus familiares, respecto a su futuro.

Tener que dar malas noticias es una experiencia por la que pasamos todos los médicos a lo largo de nuestra vida profesional. A pesar de esto, no es inhabitual que consideremos que no estamos lo bastante capacitados para esta tarea. Sin duda, dar malas noticias no es fácil ni agradable, pero hacerlo, y hacerlo adecuadamente, es absolutamente necesario.

Para el paciente, recibir la mala noticia es a menudo lo peor que le ha pasado en su vida; no lo podrá olvidar nunca. Para los profesionales, dar malas noticias puede resultar incómodo; incluso podemos acabar rehuyendo la situación, pese a ser nuestra responsabilidad.

Afortunadamente, mediante una formación que incluye conocimientos, actitudes y habilidades para los profesionales, podemos mejorar nuestra competencia para dar malas noticias, haciendo más fácil esta situación para el enfermo y para los profesionales. También hay protocolos con la intención de facilitar esta tarea. Durante este módulo, veremos el **protocolo de seis pasos de Buckman**. Aunque se desarrolló inicialmente en el ámbito de la oncología, su uso se ha hecho extensivo a pacientes no oncológicos.

En todo caso, siempre tenemos que recordar que el establecimiento de una relación terapéutica de confianza con el paciente y sus familiares es indispensable para toda comunicación entre paciente/familia y el profesional.

Objetivos

El objetivo principal de este módulo es prepararnos para dar malas noticias de manera adecuada.

1. Conocer las ventajas derivadas de hacer esta tarea de manera profesional.
2. Hacer patente la necesidad de adquirir las habilidades comunicativas propias de la profesión médica.
3. Conocer el protocolo de seis pasos de Buckman para dar malas noticias.

1. Las malas noticias

El día a día está lleno de malas noticias para las personas que reciben atención sanitaria: tener que seguir determinada dieta de por vida, tener que esperar para el alta a domicilio unos días más o tener que someterse a una intervención quirúrgica el día antes de la operación tan preparada son buenos ejemplos de esto. En todo caso, si bien es necesario ser conscientes del impacto sobre la vida del paciente de hechos parecidos, hay que concretar a qué nos referimos cuando hablamos de dar una mala noticia.

Mala noticia es «aquella que altera drásticamente y negativamente la perspectiva del paciente respecto a su futuro» (Buckman, Kason y Mongay, 1998).

Para comunicar este tipo de noticia, los médicos nos tenemos que formar. Conseguir una buena comunicación médico-paciente no es un don divino, sino una competencia profesional que hay que aprender (Buckman, 1984). Comunicar malas noticias puede resultar incluso satisfactorio si lo hacemos adecuadamente, y lo tenemos que considerar una parte vital y apreciada del trabajo de cuidar de personas enfermas.

Hay escenarios más concretos, como por ejemplo, comunicar una muerte repentina, comunicarse con una persona de otra cultura o con barrera idiomática, o explicar a una familia el mal pronóstico o las opciones terapéuticas cuando el paciente no puede tomar decisiones. En este módulo, sin embargo, nos centraremos en dar pautas genéricas que pueden encajar en diferentes escenarios.

1.1. Importancia de comunicar las malas noticias

Después de las épocas denominadas paternalista y la meramente informativa respecto a la relación médico-paciente, actualmente nos encontramos en la época de la toma compartida de decisiones (Siegler, 2011). En esta era, priman la autonomía y el empoderamiento del paciente; el plan de cuidados lo consensuamos entre el paciente (experto en sí mismo) y nosotros (expertos en medicina) para lograr, tanto como se pueda, los objetivos de salud según las preferencias y los valores del paciente. Por eso, es muy importante que contemos con un paciente informado (sin olvidar su derecho a no ser informado, si así lo desea). La pieza clave en estas situaciones, como en otras, es la adecuada

comunicación entre el médico y el paciente. La pericia profesional para establecerla y dar malas noticias de forma adecuada hace tiempo que no se puede considerar una competencia optativa.

El médico tiene que estar capacitado para conseguir los cuatro objetivos fundamentales del proceso de comunicación de malas noticias (Baile *et al.*, 2000):

- Obtener la información necesaria del paciente.
- Transmitir la información médica.
- Proporcionar apoyo al paciente.
- Conseguir la colaboración del paciente para elaborar un plan de cuidados consensuado.

Por **obtener información** entendemos averiguar qué sabe el paciente hasta el momento, cuáles son sus expectativas y qué grado de preparación nos parece que tiene para escuchar la mala noticia.

Transmitir la información médica es proporcionarla al paciente de forma que sea inteligible para la persona que tenemos delante.

Proporcionar apoyo hace referencia a las emociones del paciente para intentar apaciguar el impacto negativo de las malas noticias y, así, **obtener la colaboración** del paciente para elaborar un plan de cuidados consensuado y favorecer la adherencia al mismo.

Cuando la comunicación la llevamos a cabo de manera adecuada, individualizada y considerando las necesidades del paciente, conseguimos resultados favorables (Baile, 2015; Stewart *et al.*, 2000):

- Más satisfacción del paciente y del entorno.
- Más satisfacción del profesional.
- Mayor adherencia al plan de cuidados.
- Y también, por qué no decirlo, menos quejas.

Finalmente, si bien la información diagnóstica y pronóstica es una tarea específica del médico, tenemos que enfatizar algunos puntos en relación con otros profesionales, como por ejemplo:

- El papel fundamental que tienen otras disciplinas, como enfermería o trabajo social.
- La importancia de conseguir un trabajo en equipo con una buena y constante comunicación entre los diferentes miembros.

- La necesidad de una buena coordinación entre profesionales, servicios médicos y niveles asistenciales que aseguren el seguimiento, la monitorización y el ajuste del plan de cuidados del paciente.

1.2. Dificultades y barreras para la comunicación de malas noticias

Son varios los factores que actúan como barreras para una buena comunicación de malas noticias. Estas dificultades pueden provenir del propio paciente, del entorno sociocultural y del médico (García Díaz, 2006).

1) Dificultades del propio paciente. El talante de la persona enferma, su personalidad y sus vivencias previas pueden hacer que la misma noticia sea recibida de maneras muy diferentes. La edad es otro factor que hay que tener en cuenta y, por ejemplo, informar a los niños tiene peculiaridades propias.

2) Dificultades del entorno sociocultural. Una mala noticia a menudo supone cierto grado de estigmatización social hacia el enfermo y su familia. Esto se debe a que, en la actualidad, características como la salud, la juventud, la belleza o la riqueza son bienes admirados, mientras que la enfermedad, la vejez, la discapacidad o dejar de ser productivo son hechos que separan a quienes los presenta del resto de la sociedad exitosa, y que lo dejan aislado. Por otro lado, y provocado en parte por el gran y rápido avance vivido en el campo médico, está bastante extendida la idea de que la medicina es todopoderosa e infalible ante la enfermedad, de modo que a veces cuesta aceptar la información recibida.

3) Dificultad por parte del profesional médico. Nadie duda que dar malas noticias no gusta, incomoda y puede resultar estresante. Los médicos pueden vivir la enfermedad o la muerte de los pacientes que atienden no como hechos vitales de las personas, sino como un fracaso propio o de la medicina. También es frecuente que aparezcan temores: a ocasionar sufrimiento al paciente, a ser culpados de las noticias (cuando el paciente confunde al mensajero de la mala noticia con la propia mala noticia), a recibir litigios legales. Además, genera inquietud pensar que no se sabrá qué o cómo contestar las cuestiones planteadas por el paciente, o de qué manera manejar la incertidumbre o las emociones del paciente y las propias emociones generadas durante la conversación (Buckman, 1984, 2002; VandeKieft, 2001).

Conscientes de que, además de difícil, dar malas noticias es imprescindible, desde ámbitos como la oncología han surgido varios protocolos que pueden ayudar y que resulte menos abrumador hacerlo. La idea es considerarlo un proceso escalonado que sigue ciertos principios de comunicación. La existen-

cia de estos protocolos, y la formación reglada en comunicación, han demostrado mejorar la competencia de los profesionales a la hora de dar malas noticias (Gilligan *et al.*, 2017).

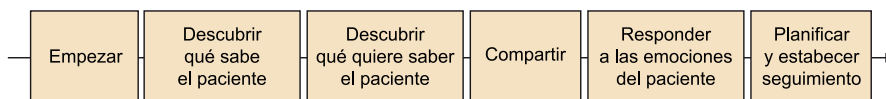
2. El protocolo de seis pasos de Buckman

Como hemos dicho, existen varias estrategias para dar malas noticias que pueden ser útiles. Los parecidos y coincidencias entre ellas son grandes y, aunque de alguna forma también son complementarias entre sí, cualquiera proporciona las ideas principales que hay que retener.

Sin embargo, puesto que el protocolo de seis pasos de Buckman es uno de los más conocidos y utilizados, pasemos a estudiarlo con más detenimiento.

Las etapas de las que dispone son:

Figura 1. Los seis pasos de Buckman



2.1. Empezar

En esta etapa, trataremos de controlar el entorno y todas las circunstancias que rodean el inicio de la conversación que, por su significado especial, resultará primordial para el paciente y sus familiares.

El espacio físico en el que se desarrolla tiene especial importancia, lo que se obvia no pocas veces. No es lo mismo tener una entrevista en un pasillo que en un lugar que ofrezca la comodidad, tranquilidad y privacidad necesarias. Se tendría que disponer de espacios adecuados para estos encuentros.

En ocasiones, puede resultar imposible encontrar un espacio adecuado, como por ejemplo cuando se comparte habitación con otro paciente, y será necesario buscar la forma que permita salvaguardar la privacidad del enfermo, utilizando cortinas y con el volumen de voz adecuado.

Hay que poner el foco en la privacidad. Se debe controlar qué personas están presentes en la conversación, no solo saber la relación que tienen con el paciente, sino también si él desea que estas personas estén ahí o participen. Tenemos que recordar que «el titular del derecho a la información es el paciente y que se debe informar a las personas vinculadas al paciente en la medida en que este lo permite de manera expresa o tácita» (Presidencia de la Generalitat, 2001). Una vez conocidos los deseos del paciente, hay que averiguar el parentesco y el nombre de todos los presentes.

Es evidente que hace falta que el médico se presente de forma adecuada, tiene que decir su nombre y apellido y explicitar su función/responsabilidad hacia el paciente. Es importante asegurar que el estado clínico o la comodidad del paciente son suficientes para tener este tipo de conversación. Si no es el caso, pero la conversación no se puede demorar, merece la pena valorar al menos introducirla y quedar para más adelante para profundizar en condiciones. **Siempre se tiene que pedir la opinión del paciente y su permiso**, y prestar atención en todo momento al lenguaje no verbal que use.

Empezar la conversación con preguntas abiertas siempre es más conveniente, puesto que suele ser el propio paciente o sus familiares los que dan pie a avanzar en el proceso de comunicación.

2.2. Descubrir qué sabe el paciente

Esta fase consiste en escuchar activamente al paciente.

La **escucha activa** es algo que todo médico tiene que usar, casi podríamos decir que debería ser la herramienta que definiese la profesión, más que el icónico fonendoscopio. Escuchar a alguien es oír lo que dice, pero es mucho más que esto, es interpretar y ayudar a que quien habla transmita todo lo que quiere o necesita transmitir. La escucha activa permite averiguar cosas de las que, en muchas ocasiones, ni la persona que habla es consciente. En el momento de dar malas noticias, la escucha dará información muy valiosa:

1) **Qué le han dicho al paciente** sobre su situación o, mejor dicho, qué es lo que el paciente ha incorporado de la información que ha recibido. Lo realmente importante es que averigüemos la comprensión, hasta el momento, de la situación médica por parte del paciente.

Este es un paso fundamental, pues el hecho de que un paciente haya sido informado no quiere decir que haya incorporado esta información. Se habla de que hasta un 50 % de la información transmitida no es captada o incorporada por el paciente, incluso peor si el impacto emocional es elevado. Si no partimos de lo que realmente conoce el paciente, podemos generar y encontrarnos inmersos en situaciones no solo dolorosas, sino contraproducentes para el paciente y frustrantes para el profesional.

Por otro lado, hay que saber que ante la frecuente respuesta del paciente: «Nadie me ha dicho nada», tenemos que evitar el primer impulso natural de rabia o resentimiento. Este impulso es tan natural y frecuente que incluso dispone de un término propio: el síndrome de «nadie-dice-nunca-nada-a-los-pacientes-hasta-que-lo-hago-yo». A menudo, ir repasando los acontecimientos junto con el paciente ayuda a que vaya incorporando información como ya conocida: «Sí, me hicieron un TAC... Sí, me dijeron que había que hacer una biopsia porque se veía una mancha», etc. También tenemos que considerar que el mé-

Vídeo

En este vídeo, encontraréis información respecto a la dificultad de estas conversaciones sobre el reconocimiento de la situación: «Recognizing and Having Difficult Conversations».

dico u otros profesionales de la salud no son la única fuente de información para el paciente, de forma que la composición que se haya hecho sobre su situación médica será producto de todo lo que haya recibido e incorporado.

2) Cuál es el **contenido emocional** de las expresiones del paciente. Hay que estar atentos a su lenguaje verbal y al no verbal utilizados, puesto que empezará a darnos pistas sobre la carga emocional que soporta el paciente.

3) Cuál es el **estilo de conversación** que se ha de mantener. Debemos tener en cuenta las condiciones socioculturales, el nivel educativo y las capacidades personales de los interlocutores para adecuar el discurso a la persona. Si bien es cierto que habitualmente se aconseja evitar tecnicismos, es igual de erróneo infantilizar o presuponer a una persona como no capaz de entender según qué información. En el caso concreto de pacientes de la profesión sanitaria, como norma general, lo mejor es que hablemos y nos comportemos como con cualquier paciente, pues la carga emocional imposibilita a menudo que use sus conocimientos profesionales.

2.3. Descubrir qué quiere saber el paciente

Como se ha comentado antes, el paciente tiene derecho a recibir toda la información sobre su enfermedad y también a no recibirla (Presidencia de la Generalitat, 2001). **Averiguar hasta qué punto el paciente desea conocer es un aspecto clave** en todo el proceso, puesto que marcará todas las interacciones posteriores con el enfermo y sus familiares.

En realidad, no se trata de si el paciente quiere saber o no quiere saber, sino de que encontremos el nivel adecuado de información sobre su situación clínica que el paciente prefiere. Como en la primera fase, las preguntas abiertas son de mucha utilidad, pues marcan la conversación y dan pistas sobre la cantidad y el detalle de información que desea el paciente.

Cuando se consigue averiguar, no tenemos que olvidar recordarle al paciente que siempre tiene la opción de cambiar de opinión, y que quedamos siempre en disposición de responder sus preguntas. Es normal que pasado el impacto inicial, surjan nuevas inquietudes y nuevas dudas.

A lo largo de la conversación, debemos intentar saber con quién quiere el paciente que hable el equipo médico si él no se encuentra en condiciones de tomar decisiones o, simplemente, si prefiere no ser él quien reciba la información médica. Hay que remarcar de nuevo que el paciente es el titular del derecho a la información, y que solo podremos ofrecer esta información a terceras personas cuando hayamos obtenido de manera explícita o tácita su permiso o mandato.

Hay que mencionar en este apartado el denominado «**pacto de silencio**»: se produce cuando el entorno del paciente solicita que este no sea informado de la situación en la que se encuentra, y se puede referir tanto a diagnóstico como a pronóstico.

En esta situación, hay que remarcar que **en ningún caso es admisible que el médico mienta al paciente**. Dicho esto, nuestra tarea como profesionales es intentar que el entorno del paciente entienda que la situación resultará cada vez más difícil si mentimos, y que el paciente puede acabar por perder la confianza en ellos y en el equipo, puesto que se sentirá engañado. Para trabajar el pacto de silencio con la familia, es recomendable que evitemos la confrontación, empezar por explicitar que entendemos que la intención de la familia es buena, que procurar lo mejor para el paciente es lo que se tiene en común con el equipo, e ir trabajando a partir de aquí. Atender solo a las leyes, sin otras consideraciones –por ejemplo, directamente informar de manera abierta y amplia al paciente–, puede ocasionar daños irreparables a la relación médico/paciente/entorno y mucho sufrimiento evitable. Tenemos que recordar, en todo caso, que además del derecho del paciente a saber y a no saber, el paciente también tiene derecho a recibir la información «de manera adecuada a sus necesidades y requerimientos para ayudarlo a tomar decisiones de una manera autónoma» (Presidencia de la Generalitat, 2001).

2.4. Compartir

Partiendo de lo obtenido en la fase de averiguar lo que el paciente conoce, se empezará a introducir la información.

Antes de iniciar esta fase, **nos tenemos que haber hecho una idea de lo que intentaremos conseguir en la entrevista**, nos habremos marcado un tipo de agenda propia que será la que determinará el curso de la conversación pero con la suficiente flexibilidad para poderla revisar según cómo se desarrolle la misma y adecuarla a las necesidades del paciente. Por ejemplo, puede pasar que deseemos obtener una respuesta sobre el tratamiento preferido, pero debido al impacto del paciente, tengamos que posponer esta decisión a un momento en el que la información recibida haya sido acomodada por el paciente.

Al empezar este paso, es útil tratar de captar la atención del paciente y al mismo tiempo ponerle sobre aviso del tipo de noticia que se compartirá a continuación, mediante lo que se denomina un conector.

Hay que recordar de nuevo la necesidad de que adecuemos el vocabulario a la persona que tenemos delante y, en general, **evitemos siempre los tecnicismos** que pueden aumentar la confusión de quien recibe las malas noticias. Aun así, debemos ser conscientes de que mucha información dada en los primeros momentos no será recordada posteriormente, dado el impacto y la situación

Ejemplo

Como por ejemplo: «Me temo que no tengo noticias muy buenas...» o «Me gustaría no tener que decirle esto, pero...».

emocional. Es importante que demos la información en pequeñas dosis y vayamos cerciorándonos de que el paciente ha entendido correctamente. Puede ser necesario volver a repetir o retroceder, si el paciente lo necesita.

Cuando lo que piensa el enfermo sobre su situación médica diverge en gran medida de la realidad, hace falta que establezcamos un diálogo sin prisas que vaya aproximando el pensamiento del paciente a la realidad médica que nosotros conocemos.

Nunca se insiste lo bastante en que en todo momento **se trata de un diálogo y no de un monólogo**, que damos información pero al mismo tiempo tenemos que, primero, observar cómo la información es recibida por el paciente y adaptarnos al ritmo necesario en cada caso y, segundo, facilitar que el paciente haga tantas preguntas y reciba tantas aclaraciones como necesite. Esto posibilitará identificar las preocupaciones del paciente, que no tienen por qué coincidir con la idea preconcebida que tengamos nosotros. Las preocupaciones del paciente han de considerarse siempre en el plan de cuidados. También nos servirá para hacer surgir cuestiones que quizá no habían aparecido en la conversación hasta el momento.

A veces, un tema importante que hay que tratar no aparece hasta el final de una entrevista o en una situación no prevista en la que no disponemos de suficiente tiempo. En estos casos, es aconsejable que subrayemos la necesidad e intención de abordarlo en el próximo encuentro de manera adecuada.

2.5. Responder a las emociones del paciente

Quizá de lo anterior se deduzca que ya se tienen en consideración todas las necesidades del paciente, pero no es así. De hecho, atender las emociones del paciente (y las del propio profesional) y hacerlo adecuadamente es una de las partes más determinantes y difíciles de la entrevista (Buckman, 2002).

Si en el paso anterior hemos hablado de la escucha activa como herramienta principal, ahora **tenemos que hablar de la empatía**.

Empatía consiste en, primero, **identificar y entender las emociones del paciente** y, segundo, «devolvérselas al paciente», hacerle ver que se le entiende, que se valida la emoción, que se le escucha, que se está. La empatía es una habilidad que se puede aprender y practicar, y que se puede hacer muy evidente mediante el lenguaje no verbal.

Se tiene que explorar el origen de la emoción, pues puede no ser tan evidente como parecería. Es útil intentar **identificar de qué emoción se trata, poniéndole nombre y preguntar por el origen** de la emoción y no presuponerla.

Ante una mala noticia, un paciente o la familia pueden reaccionar de muchas maneras. Merece la pena que los límites para marcar aquellas reacciones como intolerables sean muy amplios.

Saber reconducir situaciones difíciles, con elevada carga emocional, de una forma que sea adecuada para el paciente, el entorno, el equipo y el propio médico, es una competencia importante del médico.

2.6. Planificar y establecer seguimiento

Cuando se llega a este punto, existen muchas posibilidades de que el paciente esté confuso, triste, enfadado y, sobre todo, impactado por las noticias.

Es ahora cuando se necesita **orientar la entrevista a las acciones** que tienen que seguir a continuación, y en la que ponemos en juego lo que se ha ido recogiendo a lo largo de la conversación: las preocupaciones y necesidades del paciente, las cuales conectamos con el escenario médico para avanzar hacia el establecimiento de un plan de intervención consensuado.

Es necesario que **hagamos un resumen** de lo hablado y repetir cada una de las próximas acciones, a la vez que **comprobamos que el paciente ha entendido** qué es lo que se hará a continuación y cuándo.

Será el momento de que demos la información de cariz práctico como, por ejemplo, cómo contactar en caso de necesidad o cuándo volveremos a tener otro encuentro. Tenemos que indicar que cualquier duda que surja, se apunte para poder tratarla más adelante.

Otros protocolos para dar malas noticias

1) El modelo ABCDE de Rabow y McPhee modificado por Vandekieft (VandeKieft, 2001).

Tabla 1. El modelo mnemotécnico ABCDE para dar malas noticias (VandeKieft, 2001)

<i>Advance preparation</i> (preparación de la entrevista)
<i>Build a therapeutic environment/relationship</i> (construir un clima / relación terapéutica)
<i>Communicate well</i> (comunicar bien)
<i>Deal with family reaction</i> (manejar las reacciones de la familia)
<i>Encourage and validate emotions</i> (animar y validar las emociones)

2) El protocolo SPIKES de Baile y Buckman (Baile *et al.*, 2000).

Tabla 2. Protocolo SPIKES de dar malas noticias (Baile *et al.*, 2000)

<i>Setting up the interview</i> (preparación de la entrevista)
<i>Assessing the patient's perception</i> (evaluación de la percepción del paciente)

Obtaining the patient invitation (obtener la invitación del paciente)

Giving knowledge and information to the patient (proporcionar al paciente conocimiento e información)

Addressing the patient's emotions with empathic response (atender las emociones del paciente con respuestas empáticas)

Strategy and summary (estrategia y resumen)

Resumen

Como se dijo al principio del módulo, dar malas noticias es una de las tareas frecuentes en el devenir profesional de un médico. Las diferentes propuestas metodológicas para hacer correctamente esta tarea son excelentes guías que tienen que servir simplemente como lo que son, guías.

Todo profesional ha de estar abierto al aprendizaje que la experiencia le dará, y a usar pautas como las anteriormente citadas para mejorar a lo largo de la carrera, sin olvidar nunca los beneficios que tanto el paciente como él mismo obtendrán de ellas.

Quizá lo más importante que hay que tener en cuenta es la necesidad de que nos adaptemos a la persona –que hemos denominado *paciente o enfermo*– que tenemos delante. Debemos tener muy presente que es mucho más que una enfermedad o una noticia, y que confía en el profesional que tiene delante, en uno de los peores momentos de su vida. Como dice Buckman (Buckman, 2002), a la hora de dar malas noticias, si los médicos lo hacemos bien, el paciente y sus familiares no nos olvidarán nunca (*never forget us*); si lo hacemos mal, nunca nos perdonarán (*never forgive us*).

Bibliografía

Baile, W. F. (2015). Giving Bad News. *Oncologist*, 20(8), 852-853. doi:10.1634/theoncologist.2015-0250.

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., y Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, 5(4), 302-311.

Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)*, 288(6430), 1597-1599.

Buckman, R. (2002). Communications and emotions. *Bmj*, 325(7366), 672.

Buckman, R., Kason, Y., y Mongay, M. D. C. (1998). *Com donar les males notícies: una guia per a professionals de la salut*. Barcelona: Eumo Editorial.

García, F. (2006). Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Medicina Intensiva*, 30, 452-459.

Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R. M., Berry, D. L., Bohlke, K., Epstein, R. M., y Baile, W. F. (2017). Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 35(31), 3618-3632. doi:10.1200/jco.2017.75.2311

Presidència de la Generalitat (2001). Reial Decret Legislatiu de 2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. *DOGC* núm. 3353.

Siegler, M. (2011). *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.

Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., y Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*, 49(9), 796-804.

VandeKieft, G. K. (2001). Breaking bad news. *Am Fam Physician*, 64(12), 1975-1978.

