

---

# Com donar males notícies

---

PID\_00255169

Carme Nogueras Rimblas

---

Temps mínim de dedicació recomanat: 1 hora

---





# Índex

<b>Introducció</b> .....	5
<b>Objectius</b> .....	6
<b>1. Les males notícies</b> .....	7
1.1. Importància de comunicar les males notícies .....	7
1.2. Dificultats i barreres per a la comunicació de males notícies .....	9
<b>2. El protocol de sis passos de Buckman</b> .....	10
2.1. Començar .....	10
2.2. Descobrir què sap el pacient .....	11
2.3. Descobrir què vol saber el pacient .....	12
2.4. Compartir .....	13
2.5. Respondre a les emocions del pacient .....	14
2.6. Planificar i establir seguiment .....	15
<b>Resum</b> .....	17
<b>Bibliografia</b> .....	19



## Introducció

En l'entorn de la salut, s'entén com una mala notícia aquella que ocasiona un canvi radical i negatiu en la perspectiva del pacient, o dels seus familiars, sobre el seu futur.

Haver de donar males notícies és una experiència per la qual passem tots els metges al llarg de la nostra vida professional. Malgrat això, no és inhabitual considerar que no estem prou capacitats per aquesta tasca. Sens dubte, donar males notícies no és fàcil ni agradable, però fer-ho, i fer-ho adequadament, és absolutament necessari.

Per al pacient, rebre la mala notícia és sovint la pitjor cosa que li ha passat a la seva vida; no ho podrà oblidar mai. Per als professionals, donar males notícies pot resultar incòmode, fins i tot podem acabar defugint la situació, malgrat que és la nostra responsabilitat.

Afortunadament, mitjançant una formació que inclou coneixements, actituds i habilitats per als professionals, podem millorar la nostra competència a l'hora de donar males notícies i fer més fàcil aquesta situació per al malalt i per als professionals. També hi ha protocols que tenen l'objectiu de facilitar aquesta tasca. Durant aquest mòdul veurem el **protocol de sis passos de Buckman**. Encara que es va desenvolupar inicialment en l'àmbit de l'oncologia, el seu ús s'ha fet extensiu a pacients no oncològics.

En tot cas, sempre hem de recordar que l'establiment d'una relació terapèutica de confiança amb el pacient i els seus familiars és indispensable per a tota comunicació entre el pacient / la família i el professional.

## **Objectius**

L'objectiu principal d'aquest mòdul preparar-nos per a donar males notícies de manera adequada.

- 1.** Conèixer els avantatges derivats de dur a terme aquesta tasca de manera professional.
- 2.** Fer palesa la necessitat d'adquirir les habilitats comunicatives pròpies de la professió mèdica.
- 3.** Conèixer el protocol de sis passos de Buckman per a donar males notícies.

## 1. Les males notícies

El dia a dia està ple de males notícies per a les persones que reben atenció sanitària: haver de seguir determinada dieta de per vida, haver d'esperar per l'alta a domicili uns dies més o haver-se de sotmetre a una intervenció quirúrgica el dia abans de l'oposició tan preparada, en són bons exemples. En tot cas, si bé hem de ser conscients de l'impacte en la vida del pacient de notícies com aquestes, cal concretar a què ens referim quan parlem de donar una mala notícia.

Mala notícia és «aquella que altera dràsticament i negativa la perspectiva del pacient sobre el seu futur» (Buckman, Kason i Mongay, 1998).

És per a comunicar aquest tipus de notícia que els metges ens hem de formar. Aconseguir una bona comunicació metge-pacient no és un do diví, sinó una competència professional que cal aprendre (Buckman, 1984). Comunicar males notícies pot resultar fins i tot satisfactori si ho fem adequadament, i ho hem de considerar una part vital i apreciada de la feina de tenir cura de persones malaltes.

Hi ha escenaris més concrets, com ara comunicar una mort sobtada, comunicar-se amb una persona d'altra cultura o que no entén la nostra llengua o explicar a una família el mal pronòstic o les opcions terapèutiques quan el pacient no pot prendre decisions. En aquest mòdul, però, ens centrarem en donar pautes genèriques que poden encaixar en diferents escenaris.

### 1.1. Importància de comunicar les males notícies

Després de les èpoques que, respecte la relació metge-pacient, s'han denominat *paternalista* i merament *informativa*, actualment ens trobem en l'època de la *presa de decisions compartida* (Siegler, 2011). En aquesta era preval l'autonomia i l'apoderament del pacient: els experts en medicina consensuem el pla de cures amb el pacient, que considerem expert en si mateix, de manera que assolim, en la major mesura possible, els objectius de salut segons les preferències i els valors del pacient. Per això, és importantíssim que comptem amb un pacient informat -sense oblidar el seu dret a no ser informat si així ho desitja-. La peça clau en aquestes situacions, com en d'altres, és la comunicació entre el metge i el pacient. La perícia professional per a establir-la i per donar males notícies de manera adient fa temps que no es pot considerar una competència optativa.

El metge ha d'estar capacitat per a aconseguir els quatre objectius fonamentals que té el procés de comunicació de males notícies (Baile *et al.*, 2000):

- Obtenir la informació necessària del pacient.
- Transmetre la informació mèdica.
- Proporcionar recolzament al pacient.
- Aconseguir la col·laboració del pacient per a elaborar un pla de cures consensuat.

Per *obtenir informació* entenem el fet d'esbrinar què sap el pacient en aquest moment, quines són les seves expectatives i quin grau de preparació ens sembla que té per a escoltar la mala notícia.

Per *transmetre la informació* mèdica entenem el fet de proporcionar-la de manera que sigui intel·ligible per a la persona que tenim al davant.

Per *proporcionar recolzament* entenem el fet de tenir en compte les emocions del pacient i mirar d'apaivagar l'impacte negatiu de les males notícies. D'aquesta manera, podem *obtenir la col·laboració del pacient* per a elaborar un pla de cures consensuat i afavorir l'adherència al mateix.

Quan ens comuniquem de manera adequada, individualitzada i considerant les necessitats del pacient, aconseguim resultats favorables (Baile, 2015; Stewart *et al.*, 2000):

- Més satisfacció del pacient i de l'entorn.
- Més satisfacció del professional.
- Major adherència al pla de cures.
- I també, per què no dir-ho, menys queixes.

Finalment, si bé la informació diagnòstica i pronòstica és una tasca específica del metge, hem d'emfatitzar alguns punts en relació a altres professionals, com per exemple:

- El paper fonamental que tenen altres disciplines, com la infermeria o el treball social.
- La importància de dur a terme un treball en equip amb una bona i constant comunicació entre els diferents membres.
- La necessitat d'una bona coordinació entre professionals, serveis mèdics i nivells assistencials que assegurin el seguiment, monitorització i ajust del pla de cures del pacient.



## 1.2. Dificultats i barreres per a la comunicació de males notícies

Són diversos els factors que actuen com a barreres per a una bona comunicació de males notícies. Aquestes dificultats poden provenir del propi pacient, de l'entorn sociocultural o del metge (García Díaz, 2006).

1) **Dificultats del propi pacient.** El tarannà de la persona malalta, la seva personalitat i les seves vivències prèvies poden fer que la mateixa notícia sigui rebuda de maneres molt diferents. L'edat és un altre factor a tenir en compte i, per exemple, informar els infants té peculiaritats pròpies.

2) **Dificultats de l'entorn sociocultural.** Una mala notícia sovint comporta un cert grau d'estigma social cap al malalt i la seva família. Això és degut al fet que, en l'actualitat, característiques com la salut, la joventut, la bellesa o la riquesa són molt valorades, mentre que la malaltia, la vellesa, la discapacitat o el fet de deixar de ser productiu són situacions que aïllen a qui les presenta de la resta de membres de la societat considerats exitosos. Per altra banda, i en part com a conseqüència dels grans i ràpids avenços del camp mèdic, està força estesa la idea que la medicina és totpoderosa i infal·lible davant la malaltia, de manera que de vegades costa d'acceptar certa informació.

3) **Dificultat per part del professional mèdic:** Ningú dubta que donar males notícies no agrada, incomoda i pot resultar estressant. Els metges poden viure la malaltia o la mort dels pacients que atenen, no com a fets vitals de les persones, sinó com un fracàs propi o de la medicina. També és freqüent que apareguin pors a fer patir el pacient, a ser culpats de les notícies (quan el pacient confon el missatge amb el missatge), a rebre litigis legals. A més a més, pensar que no se sabrà com contestar les qüestions que plantegi el pacient o com manejar la incertesa o les emocions (les del pacient i les pròpies) durant la conversa pot generar inquietud (Buckman, 1984, 2002; VandeKieft, 2001).

Conscients que, a més de difícil, donar males notícies és imprescindible, des d'àmbits com l'oncologia han sorgit diversos protocols que poden ajudar-hi i fer menys feixuga aquesta responsabilitat professional que tenim. La idea és considerar la transmissió de les males notícies un procés esglaonat que segueix certs principis de comunicació. L'existència d'aquests protocols i la formació reglada en comunicació han demostrat millorar la competència dels professionals a l'hora de donar males notícies (Gilligan *et al.*, 2017).

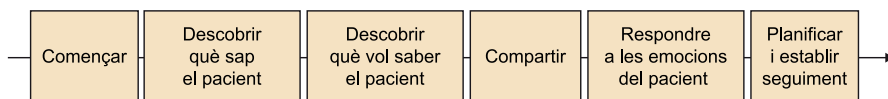
## 2. El protocol de sis passos de Buckman

Com hem dit, hi ha diverses estratègies per a donar males notícies que poden ser útils. Les semblances i les coincidències entre aquestes estratègies són grans, i, encara que d'alguna manera també són complementàries entre elles, qualsevol d'aquestes proporciona les idees principals a retenir.

No obstant això, ja que el protocol de sis passos de Buckman és un dels més coneguts i utilitzats, passem a estudiar-lo amb més deteniment.

Les etapes que estableix Buckman són:

Figura 1. Els sis passos de Buckman



### 2.1. Començar

En aquesta etapa tractarem de controlar l'entorn i totes les circumstàncies de l'inici de la conversa, que és especialment significatiu i resultarà primordial per al pacient i per als seus familiars.

L'espai físic en què es desenvolupa té especial importància, cosa que s'obvia no poques vegades. No és el mateix tenir una conversa en un passadís que en un lloc que ofereixi la comoditat, la tranquil·litat i la privacitat necessàries. Caldria disposar d'espais adequats per a aquestes entrevistes.

De vegades pot resultar impossible trobar un espai adient, per exemple quan el pacient comparteix habitació amb una altra persona, de manera que caldrà trobar maneres de salvaguardar la privacitat del malalt a qui se li dona la notícia fent servir cortines i un volum de veu adequat.

En relació a la **privacitat**, cal controlar quines persones són presents a la conversa. No només caldrà saber la relació que tenen amb el pacient sinó també si el pacient desitja que aquestes persones hi siguin o hi participin. Hem de recordar que «el titular del dret a la informació és el pacient i que s'ha d'informar a les persones vinculades al pacient en la mesura que aquest ho permet expressament o tàcitament» (Llei, 21/2000). Un cop es coneixen els desitjos del pacient, cal esbrinar el parentiu i el nom de les persones presents.

És evident que cal que el metge es presenti de manera adequada, dient el seu nom i el seu cognom i explicitant les seves funcions i les seves responsabilitats envers el pacient. És important assegurar que l'estat clínic o la comoditat del pacient són suficients per a tenir aquest tipus de conversa. Si no és el cas però la conversa no es pot demorar, val la pena valorar si almenys es pot introduir la notícia i quedar per a més endavant per a aprofundir-hi. **Sempre s'ha de demanar el parer del pacient i el seu permís** i prestar atenció en tot moment al llenguatge no verbal que fa servir.

Començar la conversa amb preguntes obertes sempre és més convenient, ja que solen ser el propi pacient o els seus familiars els que donen peu a avançar en el procés de comunicació.

## 2.2. Descobrir què sap el pacient

Aquesta fase consisteix en escoltar activament el pacient.

Tot metge ha de practicar l'**escolta activa**; gairebé podríem dir que aquesta hauria de ser l'eina que definís la professió, més que l'icònic fonendoscopi. Escoltar algú és sentir el que diu, però és molt més que això, és interpretar i ajudar a fer que qui parla transmeti tot el que vol o necessita transmetre. L'escolta activa permet esbrinar coses de les quals, en moltes ocasions, ni la persona que parla es conscient. En el moment de donar males notícies, l'escolta donarà informació molt valuosa:

1) **Què li han dit al pacient** sobre la seva situació o, més ben dit, què és el que el pacient ha entès i ha retingut de la informació que ha rebut. El que és realment important és que esbrinem quina és la seva comprensió de la situació mèdica fins aleshores.

Aquest és un pas fonamental, ja que el fet que un pacient hagi estat informat no significa que hagi entès i retingut aquesta informació. Es diu que fins a un 50% de la informació transmesa no és captada o retinguda pel pacient, i aquest percentatge s'eleva si l'impacte emocional és elevat. Si no partim del que realment sap el pacient, podem generar i trobar-nos immersos en situacions, no només doloroses, sinó contraproductives per al pacient i frustrants per al professional.

Per altra banda, cal saber que, davant la freqüent resposta del pacient de «ningú no me n'ha dit res», hem d'evitar el primer impuls natural de ràbia o ressentiment. Aquest impuls és tan natural i freqüent que fins i tot té un nom: el síndrome de «ningú-no-diu-mai-res-als-pacients-fins-que-no-ho-faig-jo». Sovint, anar repassant els esdeveniments juntament amb el pacient, ajuda a fer que vagi reconeixent la informació: «Ah, sí, em van fer un TAC... Sí, em van dir que calia fer una biòpsia perquè es veia una taca...», etc. També hem de considerar que el metge o els altres professionals de la salut no són la única font

### Vídeo

En aquest vídeo trobareu informació sobre la dificultat d'aquestes converses sobre el reconeixement de la situació: «Recognizing and having difficult conversations».

de informació del pacient, de manera que la idea que s'hagi fet sobre la seva situació mèdica serà producte de la informació que hagi rebut i retingut de diverses procedències.

2) Quin és el **contingut emocional** de les expressions del pacient. Cal estar atents al llenguatge verbal i al llenguatge no verbal que utilitza el pacient, ja que aquest començarà a donar-nos pistes sobre la càrrega emocional que suporta.

3) Quin és l'**estil de conversa** que s'ha de mantenir. Hem de tenir en compte les condicions socioculturals, el nivell educatiu i les capacitats personals dels interlocutors per a adequar el discurs a la persona. Si bé és cert que habitualment s'aconsella evitar tecnicismes, també és inadequat infantilitzar o pressuposar que una persona no és capaç d'entendre segons quina informació. En el cas concret de pacients de professió sanitària, com a norma general, el millor és que parlem i ens comportem com amb qualsevol pacient, ja que la càrrega emocional que suporta sovint impossibilita que faci servir els seus coneixements professionals.

### **2.3. Descobrir què vol saber el pacient**

Com s'ha comentat abans, el pacient te dret a rebre tota la informació sobre la seva malaltia i també te dret a no rebre-la (Llei, 21/2000). **Esbrinar fins a quin punt el pacient desitja conèixer és clau** en tot el procés, ja que marcarà les interaccions posteriors amb el malalt i els seus familiars.

En realitat, no es tracta de si el pacient vol o no vol saber, sinó que trobem el nivell adequat d'informació sobre la seva situació clínica segons el que el pacient prefereix. Com a la primera fase, les preguntes obertes són de molta utilitat, ja que marquen la conversa i donen pistes sobre la quantitat i detall de informació que desitja el pacient.

Quan això s'aconsegueix esbrinar, no hem d'oblidar recordar-li al pacient que sempre te l'opció de canviar d'opinió i que quedem sempre a la seva disposició per respondre les seves preguntes. És normal que, passat l'impacte inicial, sorgeixin noves inquietuds i nous dubtes.

Al llarg de la conversa, hem d'intentar saber amb qui vol el pacient que parli l'equip mèdic en el cas que ell no es trobi en condicions de prendre decisions o, simplement, si prefereix no ser ell qui rebí la informació mèdica. Cal remarcar de nou que és el pacient qui és titular del dret a la informació, i que només podrem oferir aquesta informació a terceres persones quan haguem obtingut explícitament o tàcitament el seu permís o mandat.

Cal esmentar aquí el denominat **pacte de silenci**, que té lloc quan l'entorn del pacient sol·licita que aquest no sigui informat de la situació en què es troba, ja sigui en relació al diagnòstic o al pronòstic.

En aquesta situació, cal remarcar que **en cap cas és admissible que el metge menteixi al pacient**. Dit això, la nostra tasca com professionals és intentar que l'entorn del pacient entengui que la situació resultarà cada vegada més difícil si mentim, i que el pacient pot acabar per perdre la confiança en ells i en l'equip, ja que se sentirà enganyat. Per a treballar el pacte de silenci amb la família és recomanable que evitem la confrontació. Podem començar explicitant que entenem que la intenció de la família és bona, que procurar el millor pel pacient és el que la família i l'equip mèdic tenen en comú i anar treballant a partir d'aquí. Atendre només les lleis sense altres consideracions -per exemple, directament informar oberta i àmpliament al pacient-, pot ocasionar danys irreparables en la relació metge/pacient/entorn i molt de sofriment evitable. Hem de recordar, en tot cas, que a banda del dret del pacient a saber i a no saber, el pacient també té dret a rebre la informació «de manera adequada a les seves necessitats i requeriments per a ajudar-lo a prendre decisions d'una manera autònoma» (Llei 21/2000).

## 2.4. Compartir

Partint del que s'hagi observat en la fase «conèixer», es començarà a introduir la informació.

Abans de iniciar aquesta fase, **hem d'haver-nos fet una idea del que intentarem aconseguir a l'entrevista**; haurem establert una agenda pròpia que serà la que marcarà el curs de la conversa, però caldrà prou flexibilitat per a poder revisar-la durant el seu desenvolupament i adequar-la a les necessitats del pacient. Per exemple, pot ser que desitgem obtenir una resposta sobre el tractament preferit, però, atès l'impacte del pacient, haguem de posposar aquesta decisió a un moment en què la informació rebuda hagi estat acceptada pel pacient.

En començar aquest pas, és útil intentar captar l'atenció del pacient i alhora avisar-lo de la mena de notícia que es compartirà a continuació mitjançant el que s'anomena un **connector**.

Cal recordar de nou la necessitat que adequem el vocabulari a la persona que tenim davant i, en general, **evitem sempre els tecnicismes** que poden augmentar la confusió de qui rep les males notícies. Tanmateix, hem de ser conscients que molta de la informació que donem en els primers moments no serà

### Exemple

«Em temo que no tinc notícies gaire bones...» o «M'agradaria no haver-li de dir això, però...».

retinguda atès l'impacte emocional. És important que donem la informació en petites dosis i anem assegurant-nos que el pacient les ha entès correctament. Pot ser necessari tornar a repetir o a retrocedir si el pacient ho necessita.

Quan el que pensa el malalt sobre la seva situació mèdica divergeix en gran mesura de la realitat, cal que, sense pressa, establim un diàleg que vagi aproximant el pensament del pacient a la realitat mèdica que nosaltres coneixem.

Mai no s'insisteix prou en el fet que en tot moment **es tracta d'un diàleg i no d'un monòleg**, que donem informació però que alhora cal que observem com el pacient va rebent la informació i que, a partir d'aquí, ens adaptem al seu ritme. D'altra banda, caldrà facilitar que el pacient faci tantes preguntes i rebi tants aclariments com necessiti. Això possibilitarà identificar les preocupacions del pacient, que no tenen per què coincidir amb les nostres idees preconcebudes. Les preocupacions del pacient han de considerar-se sempre en el pla de cures. També ens servirà per fer sorgir qüestions que fins aleshores potser no havien aparegut en la conversa.

De vegades no és fins al final d'una entrevista o en una situació no prevista en què no disposem de prou temps, que apareix un tema important a tractar. En aquests casos és aconsellable que subratllem la necessitat i la intenció d'abordar-ho en la propera entrevista de manera adient.

## 2.5. Respondre a les emocions del pacient

És possible que, després d'haver llegit els passos anteriors, es consideri que ja es tenen en compte totes les necessitats dels pacients, però no és així. De fet, atendre les emocions del pacient (i les del professional) i fer-ho adequadament és una de les parts més determinants i difícils de l'entrevista (Buckman, 2002).

Si en el pas anterior hem parlat de l'escolta activa com a eina principal, ara **hem de parlar de l'empatia**.

Per a practicar una actitud empàtica cal, primer, **identificar i entendre les emocions** del pacient i, segon, fer un retorn d'aquestes emocions al pacient, fer-li veure que l'estem entenent, que validem l'emoció, que l'escoltem, que hi som. L'empatia és una habilitat que es pot aprendre i practicar, i que es pot fer molt evident mitjançant el llenguatge no verbal.

Cal explorar l'origen de l'emoció, ja que pot no ser tan evident com semblaria. És útil intentar **identificar de quina emoció es tracta**, posar-li nom i preguntar per l'origen de l'emoció enlloc de pressuposar-la.

Davant d'una mala notícia, un pacient o la família poden reaccionar de moltes maneres. Val la pena que els límits alhora de considerar certes reaccions com a intolerables siguin ben amplis.

Saber reconduir situacions difícils o amb forta càrrega emocional de manera adequada pel pacient, l'entorn, l'equip i el mateix metge és una competència important del metge.

## 2.6. Planificar i establir seguiment

Quan s'arriba en aquest punt, hi ha moltes possibilitats que el pacient estigui confús, trist, enfadat i, sobretot, impactat per les notícies.

És ara quan cal **orientar l'entrevista a les accions** que s'han de dur a terme a continuació i quan posem en joc el que s'ha anat recollint al llarg de la conversa: connectem les preocupacions i necessitats del pacient amb l'escenari mèdic per a avançar cap a l'establiment d'un pla d'intervenció consensuat.

D'entrada, cal que fem un **resum** del que s'ha parlat i repetir cadascuna de les properes accions, i alhora hem de **comprovar que el pacient ha entès** què es farà i quan es farà.

Aquest serà el moment de donar la informació de caire pràctic. Per exemple, com contactar en cas de necessitat, o quan tornarem a tenir una altra entrevista. Cal que indiquem a la persona que s'apunti qualsevol dubte que sorgeixi, per a poder tractar-lo més endavant.

### Altres protocols per donar males notícies

1) El model ABCDE de Rabow i McPhee modificat per Vandekieft (Vandekieft, 2001)

Taula 1. El model mnemotècnic ABCDE per a donar males notícies (Vandekieft, 2001)

<i>Advance preparation</i> (preparar l'entrevista)
<i>Build a therapeutic environment/relationship</i> (construir un clima / una relació terapèutica)
<i>Communicate well</i> (comunicar bé)
<i>Deal with family reaction</i> (manejar les reaccions de la família)
<i>Encourage and validate emotions</i> (facilitar i validar les emocions)

2) El protocol SPIKES de Baile i Buckman (Baile *et al.*, 2000).

Taula 2. Protocol SPIKES per a donar males notícies (Baile *et al.*, 2000)

<i>Setting up the interview</i> (preparació de l'entrevista)
<i>Assessing the patient's perception</i> (avaluació de la percepció del pacient)
<i>Obtaining the patient invitation</i> (obtenir la invitació del pacient)

*Giving knowledge and information to the patient* (proporcionar al pacient coneixement i informació)

---

*Addressing the patient's emotions with empathic response* (atendre les emocions del pacient amb respostes empàtiques)

---

*Strategy and summary* (estratègia i resum)

---



## Resum

Com s'ha dit al principi del mòdul, donar males notícies és una de les tasques freqüents en l'esdevenir professional d'un metge. Les diferents propostes metodològiques per a realitzar-la correctament són guies excel·lents que han de servir simplement com el que són: guies.

Tot professional ha d'estar obert a l'aprenentatge que l'experiència li donarà i a fer servir pautes com les citades anteriorment per anar millorant al llarg de la carrera, i no oblidar els beneficis que tant el pacient com ell mateix n'obtindran.

Potser el més important a tenir en compte és la necessitat que ens adaptem a la persona –que hem anomenat pacient o malalt– que tenim davant. Hem de tenir molt present que aquesta persona és molt més que una malaltia o que una notícia, i que confia en el professional que té davant en un dels pitjors moments de la seva vida. Com diu Buckman (2002), a l'hora de donar males notícies, si els metges ho fem bé, el pacient i els seus familiars no ens oblidaran mai (*never forget us*); si ho fem malament, mai no ens perdonaran (*never forgive us*).



## Bibliografia

- 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., i 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? *British Medical Journal* (Clinical Research Ed.), 288(6430), 1597-1599.
- Buckman, R. (2002). Communications and emotions. *British Medical Journal*, 325(7366), 672.
- Buckman, R., Kason, Y., i Mongay, M. D. C. (1998). *Com donar les males notícies: una guia per a professionals de la salut*. Barcelona: Eumo Editorial.
- García Díaz, 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., i 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., i Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804.
- VandeKieft, G. K. (2001). Breaking bad news. *American Family Physician Journal*, 64(12), 1975-1978.

