

La comunicación de las malas noticias en la práctica médica

Dr. José de Jesús Almanza Muñoz*

* Médico Psiquiatra, Especialista en Psiquiatría de Enlace y Psico-oncología,
Jefe de Salud Mental y Coordinador del Programa de Psiquiatría de Enlace de la Dirección General de Sanidad.

RESUMEN

Antecedentes. La comunicación de malas noticias tiene un impacto potencialmente negativo en el paciente, su familia y el equipo médico, a pesar de ello existen conocimiento y habilidades limitadas en el personal de profesionales de la salud para llevar a cabo dicha comunicación.

Objetivo. Efectuar una revisión sistemática actualizada de la literatura sobre malas noticias en la práctica médica y proponer una guía clínica práctica para la comunicación de malas noticias en la práctica clínica.

Método. Estudio transversal efectuado mediante la revisión sistemática actualizada de la evidencia. La fuente de datos fue una búsqueda efectuada en un trabajo previo (Almanza, 1998; 1999), misma que se actualizó en la base de datos Pub-Medline usando como descriptores las palabras "malas noticias" y "pacientes" ("bad news", "patients"). Se clasificó la información según la categoría de la evidencia (Chalmers, Altman, 1995). El plan de análisis incluyó una descripción de variables porcentuales, así como la aplicación de metodología cualitativa para la integración de los hallazgos.

Resultados. La literatura sobre malas noticias y pacientes se distribuye en 44.3% para trabajos de investigación; 21.7% para la práctica médica; 13.9% en relación con la enseñanza; y 20% sobre temas misceláneos. A partir de ello se efectuó una aproximación conceptual y se determinaron los principales elementos vinculados a la comunicación de malas noticias elaborándose una Guía Clínica como propuesta.

Conclusiones. La literatura sobre comunicación de malas noticias es un área de práctica, educación e investigación de creciente interés en la actualidad. Se propone una guía con diez para la comunicación de malas noticias en la práctica médica. Es preciso dar continuidad a esta línea de investigación a fin de evaluar los resultados en la aplicación de dichos principios.

Palabras clave: Relación médico-paciente, comunicación, guías clínicas prácticas, evidencia, investigación, práctica clínica, enseñanza.

Breaking bad news in clinical practice

ABSTRACT

Background. *Breaking bad news has a potentially negative impact on patients, relatives as well as medical personnel. Despite of its evident importance, here are limited knowledge and skills to perform this communication.*

Objective. *To effect a systematic review of literature on breaking bad news in the clinical practice and to propose a clinical guideline oriented to improve breaking bad news communication.*

Method. *Transversal study done through a systematic review of evidence. Data source is based on a preview work (Almanza, 1998; 1999), and was updated using a computerized search on Pub-Medline database, using "bad news" and "patients" as main descriptors. Founded information was classified according to the category of evidence (Chalmers, Altman, 1995). Analysis included porcentual description as well as qualitative methodology application to integrate this findings.*

Results. *Literature on breaking bad news is distributed with a 44.3% for research papers; 21.7% for medical practice; 13.9% education related; and a 20% about miscellaneous issues. From those bases a conceptual approachment was done and a determination of the main elements of breaking bad news were established in order to elaborate a clinical guideline.*

Conclusions. *The communication of bad news is a raising area of interest in practice research and teaching areas. A tenth principle guideline is proposed to communicate bad news in clinical practice. It is very important to continue with this line of research in order to evaluate results of this principles application.*

Key words: *Doctor patient relationship, breaking bad news, patients, communication, guidelines, evidence, research, clinical practice, teaching*

INTRODUCCIÓN

La práctica de la medicina conlleva la difícil tarea de comunicar información clínica de contenido negativo al enfermo y su familia, lo cual incluye hallazgos diagnósticos positivos de enfermedades, complicaciones diversas en el curso terapéutico, o la evolución natural de una enfermedad crónica e incurable. El momento de dicha comunicación tiene un alto grado de impacto a nivel del paciente, de su red de apoyo y del equipo médico (Eden, 1994;¹ Espinosa, 1996;² Singer, 1997³). Llama la atención el contraste entre la indudable trascendencia de la comunicación médica con la limitada preparación de los médicos en aspectos de comunicación (Charlton, 1996⁴; Morgan, 1996⁵), de hecho se ha demostrado que una proporción importante de las quejas dirigidas a los médicos como grupo se relaciona directamente con dificultades de comunicación (Emanuel, 1995⁶), más que por deficiente habilidad clínica o inadecuada praxis médica.

La relación médico paciente está vinculada a una atmósfera de respeto mutuo y de confianza. Se espera del médico autoridad razonada y conocimiento, así como capacidad de comprensión de la dimensión humana del enfermo y su circunstancia. A pesar de la creciente sofisticación del proceso diagnóstico y terapéutico, la comunicación continúa siendo la herramienta primaria e indispensable con la cual médicos y enfermos intercambian información. El intercambio de información y la toma de decisiones médicas son los principales propósitos de la relación médico-enfermo, lo cual es favorecido si existen elementos como la empatía, la comprensión, el interés genuino, el deseo de ayuda, y las actitudes libres de prejuicios, además de la orientación social y el buen humor. En este sentido, el médico ha de trabajar en dos dimensiones paralelas; la de la curación o instrumental, centrado en la tarea, la dimensión del cuidado o afectivo, centrado en la dimensión socioemocional (Ong, 1995).⁷ Es decir, el enfermo no sólo espera ser curado, sino también ser comprendido.

En dicha interacción son de utilidad los conceptos de transferencia y contratransferencia, que se refieren al conjunto de pensamientos, ideas y sentimientos que ocurren en el paciente hacia el médico (transferencia), y en el médico hacia el paciente (contratransferencia). El origen es doble, una parte real y consciente, vinculada a la realidad de lo que es el médico o el paciente, una segunda parte no real o inconsciente que atiende a lo que para cada uno de ellos representa el otro, principalmente en términos de sus figuras tempranas significativas (Nicholi, 1978;⁸ Tansey y Burke, 1989⁹). La transferencia se ejemplifica en emociones como respeto, temor, frustración, sensación de protección,

etc. hacia el médico; en tanto que el médico puede experimentar preocupación, frustración, inquietud, o una sensación extrema de fatiga con ciertos pacientes, por ejemplo. Esta mezcla de emociones tiene una influencia en el matiz de la relación médico-paciente, por lo que el hacer consciente el conocimiento de dichos fenómenos por parte del médico es esencial, pues debe aprender a reconocer las propias sensaciones de cansancio, aburrimiento o ansiedad como reacciones de contratransferencia e identificar actitudes de hostilidad, enojo, desdén o ansiedad excesiva en el enfermo como reacciones transferenciales. La posibilidad de adoptar una actitud objetiva frente a dichos fenómenos se incrementará en la medida en que sean reconocidos.

El entorno actual de la práctica contemporánea de la medicina se caracteriza por un enorme y constante flujo de información que está disponible para los pacientes y sus familias y que influyen su criterio y sus opiniones. Este cambio exige al médico una interacción más dinámica que incorpore esta información de manera adecuada y útil para el propósito del acto médico, ubicando y puntualizando en su papel de experto los límites apropiados para el acceso y uso de dicha información y favoreciendo el proceso de toma de decisiones en su práctica médica, en un entorno de responsabilidad compartida. En este sentido, se percibe con claridad la enorme importancia de contribuir a la optimización de la habilidad del médico orientada a proporcionar información médica al enfermo y a los suyos, mediante una técnica profesional y humana que atienda las características específicas de cada enfermo, así como de aquellos factores que inciden en su vivencia y comprensión de la enfermedad. El presente trabajo de investigación documental examina en forma sistemática la evidencia existente en la literatura y propone una guía clínica orientada a coadyuvar al médico a la adecuada comunicación de información negativa en su práctica clínica cotidiana.

MÉTODO

La presente revisión sistemática parte de un trabajo previo (Almanza y Holland, 1998; 1999; 1999¹⁰⁻¹²), mediante una búsqueda actualizada en la base de datos PUB-MEDLINE, del Centro Nacional de Información Biotecnológica (National Center for Biotechnology Information/NCBI, de la Biblioteca Nacional de Medicina (National Library of Medicine/NLM) de los Estados Unidos. Se utilizaron como descriptores las palabras "malas noticias" y "pacientes" ("bad news", "patient"). A partir de ello se llevó a cabo un abordaje conceptual, una análisis cuantitativo y cualitativo, así como la formulación

de una Guía Clínica Preliminar para la comunicación de malas noticias.

RESULTADOS

Análisis cuantitativo

El análisis global mostró un total de 607,102 artículos para el descriptor “pacientes” (*patients*) y 336 para el descriptor “Malas Noticias” (*Bad News*). El cruce mostró 111 artículos de los cuales fueron eliminados 10 por abordar temas paralelos, pero no relacionados de manera directa. Las búsquedas adicionales permitieron la localización de 14 artículos relacionados con el tema en estudio, por lo que el total de trabajos fue de 115 publicaciones distribuidas globalmente en 25 trabajos de investigación (44.3%); 25 en torno a la práctica médica (21.7%); 16 en relación con la enseñanza (13.9%); y 23 (20%) sobre temas misceláneos (*Cuadro 1*).

Gráficamente se observa una tendencia ascendente con un incremento transitorio en 1989 y otro en 1992 de mayor cuantía y con un efecto sostenido ascendente hasta la actualidad (*Cuadro 2, Figura 1*).

Al clasificar las publicaciones en función de la categoría de la evidencia, que incluye los siguientes tres

niveles: la categoría I (estudios aleatorios y controlados), la categoría II (estudios de cohortes o estudios de control de caso), y la categoría III (estudios no controlados o de consenso),¹³ encontramos que de un total de 51 (44.3%) reportes de investigación, siete (13.7%) corresponden a la categoría I, mientras que 20 (39.2%) se ubica en la categoría II, y 24 (47%) finalmente quedan enmarcados dentro de la categoría III (*Cuadros 2 y 3*). Al respecto resulta alentador saber que la producción científica alusiva muestra un incremento sostenido, de 1-2 trabajos anuales entre 1978 y 1988 a 18 trabajos en 1996 y 21 en 1997.

Análisis cualitativo

A continuación se describen los principales aspectos de la comunicación de malas noticias en relación con la práctica médica, la enseñanza y el entrenamiento, la investigación, así como su conceptualización.

Práctica médica. Un considerable número de autores^{5,14-30} subrayan la importancia de la CMN como un proceso complejo y difícil, sujeto a una diversidad de factores que merecen atención en áreas como oncología (Dias, 2003;³¹ Ford y Fallowfield, 1996;³²

Cuadro 1. Literatura sobre comunicación de malas noticias de acuerdo con el área global.

Práctica médica	Área global								Total	
	n	%	Investigación	Enseñanza	Misceláneo	n	%	n	%	
25	21.7	51	44.3	16	13.9	23	20	115	100	

Cuadro 2. Literatura sobre comunicación de malas noticias de acuerdo con el año de publicación y área global.

Año	Área global								Total	
	Práctica médica	Investigación	Enseñanza	Misceláneo	n	%	n	%	n	%
1998				1	4.3	1	.86			
1997		13	25.4	5	31.3	3	13	21	18.2	
1996	4	16	7	13.7	3	18.7	4	17.3	18	15.6
1995	2	8	8	15.6			2	8.6	12	10.4
1994	8	32	6	11.7			2	8.6	16	13.9
1993	2	8	5	9.8	1	6.2	5	21.7	13	11.3
1992	2	8	4	7.8	1	6.2	2	8.6	9	7.8
1991	1	4	4	7.8	2	12.5			7	6
1990			1	1.9					1	.86
1989			1	1.9	2		1	4.3	4	3.4
1988	2	8							2	1.7
1987					1	6.2	1	4.3	2	1.7
1985		1	1.9		1		4.3	2	1.7	
1984	1	4					1	4.3	2	1.7
1983	2	8							2	1.7
1982					1	6.2			1	.86
1981	1	4							1	.86
1978			1	1.9					1	.86
Total	25	21.7	51	44.3	16	13.9	23	20	115	100

Holland, 1989³³), dolor y cuidado paliativo (Morrison y Morris, 1995³⁴), neurología (Meininger, 1993³⁵), gastroenterología²² y pediatría (Jewet y cols, 1992).³⁶ El papel de la familia sigue siendo fundamental (Guttenberg, 1983³⁷), especialmente en sociedades en las cuales su participación es explícitamente mayor por factores culturales (Beyene, 1992;³⁸ Hodes, 1997³⁹), si bien el entorno de la medicina actual observa con especial interés la autonomía del paciente y su derecho a conocer directamente su condición clínica y de participar en las decisiones relativas.²² Friedrichsen (2003)⁴⁰ recomienda las siguientes estrategias para proporcionar información a pacientes con enfermedades terminales; dar información convincente y con la explicación necesaria, modular el impacto de la información, preparar al paciente para la recepción de la información y prepararse el propio médico, y adaptar la información de acuerdo con el paciente.

La CMN en el equipo médico conlleva niveles significativos de estrés y ansiedad,^{2,41} y exige de diversas

estrategias de apoyo y entrenamiento (Clarkson, 1996;⁴² Doyle y O'Connell, 1996⁴³. Quill, 1991⁴⁴) especialmente en áreas como: oncología;³³ medicina física y rehabilitación; cuidados intensivos (Holdaway, 1985);⁴⁵ trasplante (Schulman y Hakanson, 1994);⁴⁶ ética (Morrissey, 1997;⁴⁷ y genética (van Zuuren, 1997⁴⁸).

Se ha resaltado la consideración de los aspectos psicosociales (van Aalten y Samwel, 1992),³⁰ y la perspectiva integracional y multidisciplinaria del cuidado paliativo, aspectos esenciales de comunicación, habilidad para escuchar y conceptos básicos de dolor agudo y crónico (Doyle, 1996;⁴³ Faulkner y cols, 1994;⁴⁹ Harris, 1988;⁵⁰ Links y Kramer, 1994;⁵¹ Morrison y Morris, 1995³⁴). Énfasis especial merece la temática en torno al proceso de muerte y su influencia en el contexto clínico (Strebel, 1996).⁵² Phipps (2003),⁵³ hace referencia al hecho de que la respuesta de los pacientes depende en gran parte del modo en que el mensajero de las malas noticias comunica dicha información y subraya la disponibilidad que debe haber por parte del médico para con el paciente, coincidiendo con Michaels (1983),⁵⁴ en cuanto a suavizar la mala noticia modulando la forma de proporcionarla; considerar, asimismo, la necesidad explícita e implícita que demuestre el enfermo. También hace énfasis en la capacidad de escucha y en la necesidad de reconocer las emociones de los enfermos y sus familias.

Enseñanza y entrenamiento. Existe un consenso en reconocer que el proceso de CMN haya sido desatendido no sólo durante la formación médica sino también en la práctica clínica (Buckman, 1984;⁵⁵ Bulkin, 199;⁵⁶ Oelz, 1996;⁵⁷ Morgan y Winter, 1996;⁵ Charlton, 1996⁴), si bien debe reconocerse que su importancia está siendo cada vez más apreciada (Beechman, 1997;⁵⁸ Arber, 2003⁵⁹) y cada vez hay más conciencia de que las habilidades en dicho terreno no mejoran con el simple paso del tiempo.

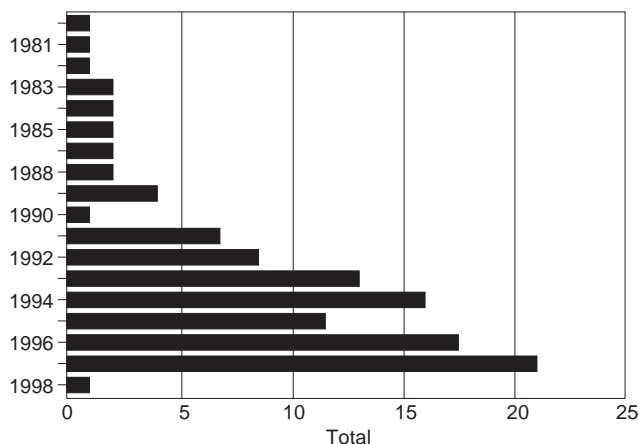


Figura 1. Literatura sobre comunicación de malas noticias en la práctica médica.

Cuadro 3. Literatura sobre investigación en la comunicación en malas noticias de acuerdo con la categoría de la evidencia.

Año	Categoría de la evidencia						Total	
	I		II		III		n	%
	n	%	n	%	n	%		
1997	3	42.8	7	35	3	12.5	13	25.4
1996	1	14.2	1	5	5	20.8	7	13.7
1995	1	14.2	1	5	6	25	8	15.6
1994			4	20	2	8.3	6	11.7
1993			4	20	1	4.1	5	9.8
1992	1	14.2			3	12.5	4	7.8
1991	1	14.2			3	12.5	4	7.8
1990		1	5			1		1.9
1989		1	5			1		1.9
1985		1	5			1		1.9
1978					1	4.1	1	1.9
Total	7	13.7	20	39.2	24	47	51	100

po y la práctica clínica sino que requieren de conocimiento y entrenamiento apropiadas (Simpson, 1991;⁶⁰ Cooke, 2003⁶¹). Una respuesta creciente es la inclusión dentro del currículo de la carrera de medicina, de aspectos de CMN (Saltini y cols, 1995;⁶² Eggy y cols, 1997;⁶³ Chisholm, 1997⁶⁴), particularmente en relación con áreas como la de cuidado paliativo.⁵¹ En esa línea es de gran importancia la consideración y peso que debe darse a los factores psicosociales.⁵

Como la primera línea de contacto, la enfermería afronta de manera directa las actitudes, las reacciones y el proceso de adaptación a la enfermedad en los pacientes. El manejo de dichas actitudes debe evaluarse en términos de práctica clínica (Hon, 1994;⁶⁵ Morton, 1996⁶⁶), educación y formación (Nursing Times, 1994 a;⁶⁷ 1994 b⁶⁸).

Por otra parte, mecanismos adicionales para incrementar la preparación en estos aspectos son el énfasis en la proficiencia en el uso del lenguaje (Hansen y cols, 1997⁶⁹) así como en la utilidad de la aplicación de analogías (Olweny, 1997⁷⁰). Paralelamente se alienta el desarrollo de talleres,¹¹ tanto a nivel de posgrado^{5,36,71} como de pregrado (Knox y Thompson, 1989;⁷² Sykes, 1989⁷³), con monitoreo pre y post test,⁷¹ en los cuales la participación de pacientes y familiares ha sido notable y valiosa³⁶ (Kleiber y cols, 1994⁷⁴). El uso de programas interactivos de computación ha sido puntualizado como un factor coadyuvante en el entrenamiento⁶⁴ (Hullsmann y cols, 1997⁷⁵; Sanson-Fisher, 1997⁷⁶) cuyo desarrollo y aplicaciones creciente ofrece posibilidades prometedoras. Otro reporte reciente de Farber (2003),⁷⁷ alude a la participación de pacientes oncológicos para la educación de residentes en la adquisición de habilidades de comunicación médica.

Investigación. La actitud de informar al paciente el diagnóstico de cáncer con la intención de protegerlo de algún modo,⁷⁸ ha mostrado cambios notables. En 1953 apenas 3% de los médicos lo comunicaba, los reportes actuales señalan aproximadamente entre 37.7% (Seo, 1997);⁷⁹ 59% (Santos y cols, 1994),⁸⁰ y hasta 90 a 95% (Blanchard, 1988;⁸¹ Charlton, 1992;⁸² Sell y cols, 1992⁸³) reportan comunicar al enfermo o su familia del diagnóstico de cáncer. Más aún se ha constatado el interés del paciente en conocer su condición médica aun en estado terminal (Seale, 1991;⁸⁴ Carmel y Laza, 1997⁸⁵), y Walsh (2003),⁸⁶ reporta que tras la evaluación de un grupo de pacientes con cáncer, la mayoría manifestó satisfacción respecto a la manera en que dicho diagnóstico les fue comunicado.

Las reacciones ante la CMN van del shock emocional (54%),¹³ preocupación por el futuro y la familia (Peteet y cols, 1992)⁸⁷ al reaseguramiento (62%),⁸³ y la insatisfacción (55%), (Reynolds, 1978).⁸⁸ Butow

(1995)⁸⁹ reporta que sólo 33 a 35% de pacientes con melanoma y cáncer de mama reportaron excelencia en la información y discusión tanto diagnóstica como terapéutica. La cuidadosa conducta médica durante la CMN constituye uno de los principales predictores de ajuste psicológico, además de la presencia de historia psiquiátrica positiva y estresores premórbidos (Robert y cols, 1994).²⁹ El impacto psicológico en la familia puede condicionar que perciban la información en forma confusa,¹ siendo crucial por ello el manejo de aspectos específicos de comunicación (Strauss y cols, 1995).⁹⁰ El uso apropiado del lenguaje y especialmente el uso del idioma de origen del paciente, en contextos multiculturales, son factores clave (Krauss-Mars y Lachman, 1994²⁴). En este mismo sentido es importante diferenciar el desarrollo del proceso de CMN y el contenido del mismo como dos fenómenos que aunque se encuentran vinculados, observan un distinto comportamiento y merecen consideraciones particulares tanto desde el punto de vista conceptual como operativo-clínico (Krahn, 1993).⁹¹

Como facilitadores para asimilar el proceso de CMN y favorecer la abreacción se han utilizado audiocasetes que son grabados durante la entrevista de información de malas noticias y escuchados posteriormente por el enfermo, teniendo un valor abreactivo y favoreciendo la asimilación del diagnóstico y el seguimiento de las indicaciones médicas⁴¹ (Hogbin y Fallowfield, 1989;⁹² McHugh y cols, 1995⁹³). El análisis del contenido de dichas entrevistas ha permitido observar la existencia de un patrón de interacción en la cual predomina la comunicación de información médica, frente a una mínima discusión de aspectos psicosociales, en una proporción de 2.5 a 1.0.^{32,60} Al respecto es importante subrayar que otro estudio similar señala justamente que la discusión de aspectos psicosociales es el que proporciona mayor satisfacción a los enfermos (Roter y cols, 1997),⁹⁴ pues los hace sentir atendidos en su individualidad. Otros facilitadores reportados consisten en proporcionar información escrita al paciente (Hinds y cols, 1995),⁹⁵ e inclusive el ofrecerle la posibilidad de revisar y comentar su propio expediente contando con la asesoría apropiada, lo cual ha tenido un efecto positivo en la clínica según reportan Fisher y Britten (1993).⁹⁶

La falta de competencia en la CMN ha sido constatada,⁶³ (Rappaport y Witzke, 1993;⁹⁷ Nielsen y Schmidt, 1997⁹⁸). Un estudio reciente reporta que apenas 67% de los médicos de una muestra se considera capaz de una adecuada comunicación médica, y más aún, tan sólo 36% se reconoce en capacidad de ampliar dicha comunicación hacia el manejo de aspectos psicológicos (Cantwell y Ramirez, 1997).⁹⁹ En congruencia, Ford y cols, (1994)¹⁰⁰ señalan que al-

gunos oncólogos se sienten incómodos en el papel de comunicadores de malas noticias.¹³ Como justificantes se aluden la falta de tiempo (62%), la intención de no avergonzar al paciente (51%), el reconocerse como inhábiles (44%) en dicha materia.⁹⁹ Congruente con ello Baumann-Holzle (1996)¹⁰¹ subraya la habitual sobreactividad médica y a la inadecuada estructura hospitalaria que obstaculiza a veces el proceso apropiado de CMN. Llama la atención que a pesar de tales dificultades (Gigris y cols, 1997),¹⁰² muy pocas veces se solicita la evaluación y el apoyo psiquiátrico o psicológico en dicho proceso.¹³

Existen diversas aproximaciones en la operacionalización de la CMN, Brewin (1991)¹⁰³ alude la positividad y la comprensión; von Bloch (1996)¹⁰⁴ propone que las bases y guías para comunicar un deceso pueden resultar de utilidad en la CMN. Por su parte, Quill (1991)⁴⁴ y Maynard (1997)²⁵ enfatizan la preparación avanzada y paulatina como aspectos relevantes, en tanto que Gigris y Sanson-Fisher (1995),¹⁰⁵ así como Sledge (1997),¹⁰⁶ optan por la revelación individualizada del diagnóstico. Los factores culturales y étnicos, (Charlton 1992,⁸² 1993;¹⁰⁷ Hodes, 1997³⁹), así como la personalidad son enfatizados por Chisholm.⁶⁴ La cuidadosa consideración de los antecedentes médicos, el espacio, privacidad y tiempo apropiados, la presencia de familiares o personas significativas acompañando al enfermo, la concurrencia de al menos otros miembro del equipo médico, además del clínico informante, la identificación de emergentes tales como el riesgo suicida, la identificación de los focos de atención inmediatos y mediatos por el paciente y/o su familia, el ofrecimiento de apoyo individual y familiar, el garantizar y efectuar el seguimiento, así como el adecuado manejo de la contratransferencia y de la recomendación explícita al profesional médico y de enfermería, de “descansar” un poco antes de proseguir con el trabajo clínico cotidiano, sumarizan la opinión de diversos autores.^{44,108,109}

Durante la CMN se ha observado un nivel elevado de estrés en el médico, que disminuye y es seguido de la elevación del nivel de estrés en el paciente. Las implicaciones de tal correlación en términos de los distintos factores que la influyen tales como el uso o la falta de estrategias en la CMN, el entrenamiento, el reconocimiento de la contratransferencia y el ajuste psicosocial mayor o menor en el enfermo, son temas que merecen el diseño de diversos modelos de investigación.¹⁰⁹ Dicha demanda coincide con la necesidad de evaluar pacientes *versus* proveedores de servicios y desembocan en aspectos de costo-eficacia¹⁰⁵ que permitirán abarcar otra área fuertemente vinculada con la percepción de satisfacción de los servicios de salud.

Se ha definido que la calidad de atención no es diferente entre médicos que han sido objeto de demandas por mala práctica y entre quienes nunca lo han sido (Entman y cols, 1994),¹¹⁰ de hecho problemas relacionados con la comunicación constituyen una de las cinco principales causas de demandas legales (Vincent y cols, 1994),¹¹¹ lo cual incide directamente en la capacidad o la falta de ésta en términos de establecer una adecuada comunicación con los enfermos. En otro aspecto relacionado, Emanuel (1995)⁶ atrae la atención a la manera en que la relación médico paciente puede verse afectada por el conjunto de cambios jurídicos, legislativos y financieros que conllevan visitas más cortas, menor uso de especialistas y menor tiempo de interacción médico-enfermo.

Adicionalmente la CMN ha generado un valioso e importante cúmulo de comunicaciones que incluyen editoriales^{33,112}, cartas,¹¹³⁻¹²⁰ noticias,¹²¹ alusiones a la ética,^{3,122} el consentimiento informado,²¹ y la genética.⁴⁸ Tal diversidad ubica la importancia y la influencia de la CMN, más allá de la clínica, de la investigación y de la enseñanza. Ésta es una característica de la cultura contemporánea y del marco actual de la ciencia cuya apertura allende sus propias fronteras está siendo puesta al alcance del público en general.

La conceptualización de malas noticias en la práctica médica

Como un campo del conocimiento cuya actividad en distintas áreas observa un notable crecimiento y la generación concreta de nuevo conocimiento, la necesidad de efectuar conceptualizaciones teóricas y buscar marcos de referencia que sustenten los hallazgos y den pie a nuevos diseños de investigación ha comenzado a suceder. Justamente el primer punto relevante es su planteamiento como un proceso en el que concurren diversos factores internos y externos y cuyos componentes son susceptibles de análisis como variables correlacionadas (Saltini y Dall'Agnolla, 1995).⁶² Ptacek¹⁰⁹ propone el modelo teórico del coping, el cual involucra como elementos básicos: la cognición de algo que está en juego y la movilización de recursos disponibles para enfrentarlo (Rowland, 1989¹²³). Su objetivo concreto es la fuente externa de estrés y los sentimientos negativos asociados. La posible aplicación de tales conceptos al proceso de CMN es muy clara, de manera que la detallada revisión de la fenomenología del Coping ofrece un terreno digno de explorar con mayor detenimiento. Considerando la mala noticia (objetivamente) *versus* la manera en que el paciente la percibe (subjétivamente), Bennet (1996)¹⁰⁸ establece entre ambas perfecciones la existencia de un distanciamiento, es decir, una diferencia, la cual impli-

ca mayor estrés en tanto sea mayor, y de lo cual justamente se deriva la tarea básica del médico en términos de pugnar por la reducción de dicho distanciamiento. Tal concepto ofrece una teórica que igualmente permitirá diseñar estudios que permitan explorar ambas perspectivas del fenómeno.

La aproximación conceptual a “malas noticias en la práctica médica” parte de considerar como tal a toda comunicación relacionada con el proceso de atención médica que conlleva la percepción de amenaza física o mental, y el riesgo de ver sobrepasadas las propias capacidades en función del estilo de vida establecido, existiendo objetiva o subjetivamente pocas posibilidades de afrontamiento a eventos negativos de reciente suceso (Ptacek, 1996¹⁰⁹). Es evidente la visualización de malas noticias como un proceso inmerso en el contexto de la práctica médica que está condicionado por una percepción individual, esto le confiere una connotación de subjetividad que se completa al señalar como elemento modulador la propia capacidad del paciente.

Dicho concepto hace referencia de manera importante a las posibilidades de afrontamiento o coping, como un factor que determina en última instancia el acontecer subsecuente frente a un evento adverso.

HACIA UNA GUÍA CLÍNICA PRÁCTICA PARA LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Las guías clínicas prácticas

De acuerdo con el Instituto de Medicina de EUA, son aquellas que han sido desarrolladas en forma sistemática para asistir al médico en sus decisiones clínicas en circunstancias específicas. Se espera que sean válidas, confiables, reproducibles, y aplicables, de tal modo que su ejecución resulte práctica y acorde a las circunstancias particulares y locales (Eccles y cols, 1996,¹²⁴ Institute of Medicine 1992¹²⁵). La formulación de guías clínicas requiere adaptabilidad de las mismas a la situación clínica que es muchas veces cambiante y por ello dinámica, esto se denomina justamente flexibilidad clínica, en todo caso el lenguaje y la terminología deben evitar ambigüedades y ser además fáciles de interpretar y seguir, lo cual es enmarcado dentro del concepto de claridad. La intervención de diversos especialistas, la propia participación del paciente y el convocar diversos foros de discusión y evaluación de las guías sólo es posible mediante un proceso multidisciplinario. Dos puntos finales deben considerarse, el desarrollo de evaluaciones programadas, y la documentación adecuada de todo procedimiento relativo a cada guía en particular y de acuerdo con los requere-

mientos administrativos específicos de cada institución o centro clínico.^{124,125}

Una forma de garantizar la validez, la confiabilidad y la reproductibilidad de las guías clínicas es basar su creación en la mejor evidencia, lo cual es justamente el propósito de la Medicina Basada en Evidencia cuyas raíces filosóficas se extienden hasta mediados del siglo XIX, y consiste en el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y actuales evidencias durante la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente individual. Practicar la Medicina Basada en Evidencia significa integrar la competencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible a partir de la investigación sistemática (Sackett, 1996¹²⁶). Las categorías de la evidencia dividiéndolas en tres rubros: Categoría I para aquellos estudios aleatorios, controlados, metaanálisis y revisiones sistemáticas; Categoría II para aquellos basados en diseño de cohortes o estudios de control de casos, y Categoría III, se refiere a estudios no controlados o estudios de consenso. A partir de ello Eccles (1996)¹²⁴ establece la fuerza de la recomendación, señalando A para aquellas guías derivadas de la categoría I, B para las recomendaciones derivadas de la categoría II o extrapoladas de la categoría I, y C aquellas derivadas directamente de la categoría III o extrapoladas de las categorías I o II. Es interesante notar que la categoría sólo se extrapola hacia abajo, tal exigencia metodológica garantiza de algún modo el valor de la evidencia.

Guía clínica práctica para la comunicación de malas noticias en la relación médico paciente

La versión inicial de la presente guía clínica práctica fue desarrollada en el Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de la Ciudad de Nueva York, EUA, bajo la dirección y colaboración de la Dra. Jimmie C. Holland, Wayne E. Chapman, Chair del mismo Departamento. Se estableció una aproximación conceptual (Almanza y Holland, 1999)¹⁰ y se realizó una revisión sistemática (Almanza y Holland, 1998),¹¹ para analizar la evidencia (Chalmers y Altman, 1995),¹²⁷ según sus criterios de calidad (Oxman y Guyatt),²⁸ siguiendo el procedimiento recomendado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1996)¹²⁸ para el desarrollo de guías clínicas prácticas.

A pesar de la creciente sofisticación del proceso diagnóstico y terapéutico, la comunicación continúa siendo la herramienta primaria e indispensable con la cual médicos y enfermos intercambian información y toman decisiones médicas¹⁶ (Ong, 1995),⁷ para lo cual es preciso crear una adecuada relación médico-paciente. Elementos como la empatía, comprensión, interés genuino, deseo de ayuda, actitudes li-

bres de prejuicios, orientación social y buen humor son indispensables para conseguir un ambiente de comodidad y confort emocional, en el cual el paciente aportará el conocimiento de su enfermedad en términos de síntomas, preocupaciones y preferencias, y el médico actuará según su conocimiento formal, su experiencia clínica y sus capacidades humanas.

En este sentido, el intercambio exitoso de información estriba no sólo en identificar aquello que el paciente necesita o debe saber, informarlo apropiadamente y reasegurarse de que haya sido comprendido, sino confirmar que la persona a su vez “se haya sentido” comprendida, lo cual exige trabajar en dos polos: el de la curación o instrumental, centrado en la tarea; y el del cuidado o afectivo, centrado en la dimensión socio-emocional.⁷ La consideración de la dimensión emocional resulta primordial tanto desde el punto de vista de los sentimientos e ideas que surgen en el paciente hacia el médico (transferencia) como desde los sentimientos o ideas que surgen en el médico hacia el paciente (contratransferencia) (Nicholi, 1978;⁸ Tansey y Burke, 1989⁹). De este modo el paciente sentirá confianza, frustración, respeto, temor, etc. hacia el médico, en tanto que éste podrá sentir preocupación, inquietud, fatiga, etcétera. La influencia de todo este cúmulo de actitudes en el desarrollo de la relación médico-enfermo es fácil de imaginar. La posibilidad de adoptar una actitud objetiva frente a dichos fenómenos se incrementará en la medida en que sean apropiadamente reconocidos. En el mismo sentido, Arber (2003)⁵⁹ enfatiza que la perspectiva de enfermería puede ofrecer una colaboración valiosa en el manejo apropiado de la información para con el paciente y su familia, asimismo, hace referencia a la importancia de utilizar guías clínicas para dicha tarea.

Considerando los antecedentes mencionados, así como los resultados de la revisión sistemática,¹¹ y su actualización, se enuncian los siguientes principios generales que tienen como objetivo orientar al médico general en la información de malas noticias a sus enfermos, mismos que no pretenden constituirse como lineamientos rígidos y definitivos, sino como una serie de recomendaciones básicas a las cuales cada clínico deberá sumar su experiencia y considerar cuidadosamente las particularidades del caso que le ocupa. Del mismo modo están abiertos a la crítica y sin duda serán enriquecidos con las aportaciones y comentarios de los profesionales de la salud de distintos ámbitos de la práctica clínica.

1. *Establecer una adecuada relación médico-paciente.* La construcción de una apropiada interacción médico-enfermo desde el primer contacto implica poner en práctica la capacidad de em-

patía, comprensión, interés genuino y deseo de ayuda. Evitar prejuicios y privilegiar la consideración de los aspectos psicosociales de cada paciente, mismos que establecen la diferencia e individualidad. Es importante crear un ambiente de comodidad y confort emocional.

2. *Conocer cuidadosamente la historia médica.* Un sólido conocimiento de la historia clínica del enfermo dará consistencia a las decisiones clínicas y permitirá una mayor fluidez y claridad en la comunicación médico-paciente. En este sentido, quien proporcione las malas noticias deberá ser preferentemente el médico responsable del caso. Sin embargo, cuando la práctica clínica institucional así lo exija, el médico sobre quien recae la responsabilidad de comunicar dicha información debe informarse en forma suficiente y adecuada de la historia médica y psicosocial del paciente, en forma previa a dar la información.
3. *Conocer al paciente como persona.* La naturaleza del ejercicio de la medicina exige al clínico ir más allá del conocimiento formal y saber quién es la persona a quien se proporciona cuidado médico. Diversas preguntas deberán ser respondidas o exploradas en torno a dicho paciente en particular: ¿De dónde viene?, ¿cuáles son sus intereses?, ¿sus miedos?, ¿sus proyectos? En este sentido existen dos preguntas que el médico deberá hacerse y explorar con anticipación a lo largo de su interacción con su paciente: 1) ¿Qué tanto conoce el enfermo acerca de su situación médica? y 2) ¿qué tanta información desea recibir? Las respuestas permitirán formular de una manera bastante aproximada acerca de qué informar y la mejor manera de hacerlo.
4. *Preparación del sitio (setting) de la entrevista o consulta.* El médico responsable deberá buscar un sitio que garantice privacidad, donde todos puedan tomar asiento y donde haya —en lo posible— una atmósfera confortable. Es preciso evitar los pasillos o las salas concurridas en donde el paciente o la familia pueda sentirse inhibido de mostrar sus sentimientos. Asimismo, deberá haberse preguntado al paciente si desea la presencia de otras personas (familiares o amigos cercanos) durante dicha entrevista y hacer los arreglos necesarios con la prevención pertinente. Por parte del equipo médico es recomendable la presencia de al menos otro clínico (médico o enfermera, familiarizado suficientemente con el caso) durante dicha comunicación. Deberán evitarse las interrupciones telefónicas o

- similares, así como barreras convencionales (escritorios, computadora, ventanillas).
5. *Organización del tiempo.* El médico deberá garantizar con anticipación un tiempo mínimo razonable para preparar al paciente, proporcionar la información, dejar un breve lapso de reflexión y permitir un intercambio mínimo de preguntas y respuestas. Antes de finalizar la entrevista, es imprescindible que el paciente y su familia tengan conocimiento claro y preciso del siguiente paso en su atención, en términos de citas futuras o procedimientos terapéuticos por efectuar. Es recomendable anotar por escrito lo necesario, pues la situación de impacto emocional puede condicionar olvidos posteriores.
 6. *Aspectos específicos de comunicación.* Es muy importante situarse cerca del enfermo, expresar una expresión neutral y enseguida informar las malas noticias de una manera clara, directa, pero no brusca. Usando un tono lo más suave posible, pausado y empleando un lenguaje sencillo sin jerga médica o términos técnicos. El clínico deberá hacer su mejor esfuerzo por asegurarse que el paciente comprenda con la mayor claridad posible el mensaje en cuestión, siendo tan cálido y amable como sea factible en su propio y particular estilo. Un elemento esencial es el esfuerzo que debe hacer el clínico por reconocer las emociones del paciente y darles el valor apropiado, enfatizar su capacidad de escuchar y utilizar un lenguaje que resulte claro al enfermo adecuándose a la capacidad de comprensión de éste y simplificando el mensaje tanto como sea posible o pertinente. Debe recordarse que cuando la sombra de la muerte se aproxima, la vida toma otro significado y otro ritmo apreciándose de manera diferente, por ello, el médico debe ser capaz de establecer la pausa necesaria para escuchar a sus pacientes en este difícil, pero significativo trance.
 7. *Atención y cuidado de la familia.* El médico deberá estar al tanto de la situación familiar del paciente y tomar en cuenta las necesidades potenciales de la familia en función de sus antecedentes culturales, costumbres religiosas y tradiciones. Algunas familias solicitarán espontáneamente conocer primero las malas noticias y discutir entre sí para decidir la comunicación final a su familiar enfermo. El médico deberá ser lo suficientemente sensible a dichas peticiones y buscará explorar la actitud de la familia a lo largo de la atención y cuidado del paciente para percatarse de dichos aspectos y actuar en consecuencia.
 8. *Detección de riesgo suicida u otras emergencias médicas.* La comunicación de malas noticias implica elevados niveles de estrés, el médico se encuentra en una posición privilegiada para observar dicha reacción y detectar la necesidad de efectuar un apoyo específico hacia el enfermo o hacia algún miembro de la familia, particularmente quien haga las funciones de enlace entre ésta y el equipo médico. De ello se derivará la necesidad de soporte por psiquiatría de enlace, psicología, trabajo social o apoyo religioso, lo cual habrá de efectuar de manera oportuna. La detección de riesgo suicida observa en todo caso la mayor prioridad.
 9. *Abordar la dimensión humanística del paciente.* La cuidadosa y respetuosa exploración del paciente en términos de creencias religiosas y sistema de valores dará pauta a considerar la dimensión humanística y permitirá proporcionar otra vía de expresión a su acontecer psicopatológico. La participación de los apoyos religiosos disponibles deberá alentarse en este sentido a todo lo largo de la atención y cuidado médico, de tal forma que el médico se encuentre familiarizado con estos aspectos cuando deba comunicar las malas noticias.
 10. *Trabajar en los propios sentimientos.* Estar consciente de las propias reacciones, niveles de estrés, preocupaciones y acaso sentimientos de culpa resulta en extremo importante para el clínico durante todo el proceso de relación médico-paciente y particularmente cuando se comunican malas noticias. Es muy recomendable que una vez finalizada la entrevista, el clínico o clínicos que hayan participado dediquen un tiempo mínimo de relajación previamente a volver a sus labores habituales. Asimismo, deberá alentarse la discusión abierta con algún miembro de Psiquiatría y Psicología de Consulta y Enlace a fin de clarificar sentimientos o actitudes centradas en determinado caso en particular. La capacidad de revisar las propias reacciones y reconocerlas permitirá cada vez mayor sensibilidad y mayor destreza clínica en aspectos de comunicación.

CONCLUSIONES

Como ha sido señalado, la literatura sobre comunicación de malas noticias en la práctica médica es un área de creciente interés que ha generado un monto relevante de comunicaciones científicas que van desde recomendaciones editoriales basadas en la experiencia hasta investigaciones ampliamente funda-

mentadas desde distintos paradigmas metodológicos. Con base en el presente trabajo se señalan algunas conclusiones, así como líneas futuras de trabajo en esta área.

1. La literatura sobre malas noticias y pacientes se distribuye en 44.3% para trabajos de investigación, 21.7% para la práctica médica, 13.9% en relación con la enseñanza, y 20% sobre temas misceláneos.
2. Existe un interés bien definido por impulsar esfuerzos específicos para ampliar el currículo de las carreras de medicina y disciplinas afines para incluir temas diversos vinculados a la comunicación médico-paciente y especialmente a la comunicación de malas noticias.
3. La revisión sistemática efectuada con motivo de este trabajo permite enunciar los siguientes principios o lineamientos para informar a pacientes y/o familiares información médica de contenido potencialmente negativo en términos de pronóstico y/o tratamiento: 1) Establecer una adecuada relación médico-paciente, 2) conocer cuidadosamente la historia médica, 3) conocer al paciente como persona, 4) preparación del sitio (setting) de la entrevista o consulta, 5) organización del tiempo, 6) considerar aspectos específicos de comunicación, 7) atención y cuidado de la familia; 8) detección de riesgo suicida u otras emergencias médicas, 9) abordar la dimensión humanística del paciente y, por último, 10) trabajar en los propios sentimientos.

Como líneas de trabajo futuro en esta materia, es importante abordar desde la perspectiva clínica un mayor impulso a la difusión de estos conocimientos entre personal médico en entrenamiento tanto de pregrado como de posgrado, especialmente en las áreas de Oncología y Cuidado Paliativo. Del mismo modo debe trascenderse la clínica tradicional e ir más allá en programas que incluyan la educación de paciente y familias en torno a cómo interactuar con mayor efectividad tanto con el equipo médico y los recursos sociales en su lucha contra la enfermedad.

Desde la perspectiva de la investigación se requiere profundizar en el estudio del Modelo de Coping para tratar de explicar la interacción entre médico y paciente durante la comunicación de malas noticias, asimismo también es necesario desarrollar nuevas intervenciones en la evaluación de las habilidades de comunicación y potenciar más el uso de programas interactivos computacionales tanto en la preparación del personal médico como de los pacientes y sus familias efectuando diseños apropiados de investigación que permitan evaluar sistemáticamente dichas estrategias de intervención.

REFERENCIAS

1. Eden OB, Black 1, MacKinlay GA, Emery AE. Communication with parents of children with cancer. *Palliat Med* 1994; 8(2): 105-14.
2. Espinosa E, González Baron M, Zamora P, Ordonez A, Arranz P. Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients. *Support Care Cancer* 1996; 4(1): 61-3.
3. Singer GR, Koch KA. Communicating with our patients: the goal of bioethics. *J Fla Med Assoc* 1997; 84(8): 486-7.
4. Charlton R. Medical education-addressing the needs of the dying child. *Palliat Med* 1996; 10(3): 240-6.
5. Morgan ER, Winter RJ. Teaching communication skills. An essential part of residency training. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150(6): 638-42.
6. Emanuel EJ, Dubler NN. Preserving the physician patient relationship in the era of managed care. *JAMA* 1995; 273: 323-9.
7. Ong LML, Haes JCJM de, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Soc Sci Med* 1995; 40: 903-918.
8. Nicholi AM. The therapist-patient relationship. In: Nicholi AM: *The Harvard guide to modern psychiatry*. The Belknap Press of Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts and London, England, 1978.
9. Tansey MJ, Burke WF. *Understanding countertransference from projective identification to empathy*. New Jersey: The Analytic Press; 1989.
10. Almanza MJJ, Holland C. I. La comunicación de las malas noticias en la relación médico-paciente. I. Guía clínica práctica basada en evidencia. *Rev Sanid Milit Mex* 1999; 53(2): 160-4.
11. Almanza MJJ, Holland C. I. La comunicación de las malas noticias en la relación médico-paciente. II. Guía clínica práctica basada en evidencia. *Rev Sanid Milit Mex* 1998; 52(6): 372-8.
12. Almanza MJJ, Holland C. I. La comunicación de las malas noticias en la relación médico-paciente. III. Guía clínica práctica basada en evidencia. *Rev Sanid Milit Mex* 1999; 53(3): 220-4.
13. Burton MV, Parker RW. Psychological aspects of cancer surgery: surgeons' attitudes and opinions. *Psychooncology* 1997; 6(1): 47-64.
14. Buckman R. Doctors can improve on way they deliver bad news, MD maintains. *CMAJ* 1992; 146(4): 564-6.
15. Buis C, de Boo T, Hull R. Touch and breaking bad news. *Fam Práct* 1991; 8(4): 303-4.
16. Campbell ML. Breaking bad news to patients. *JAMA* 1994; 271(13): 1052.
17. Colon KM. Bearing the bad news. *Minn Med* 1995; 78(2): 10-14.
18. Creagan ET. How to break bad news-and not devastate the patient. *Mayo Clin Proc* 1994; 69(10): 1015-7.
19. Davis H. *Counseling parents of children with chronic illness or disability*. London, England. British Psychological Society, 1993.
20. Doring LA. Communication problems of the chronically ill. *Aust Fam Physician* 1992; 21(6): 791-3.
21. Fallowfield LJ, Clark AW. Delivering bad news in gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 1994; 89(4): 473-9.
22. Keirse M. The bad-news communication. *Tijdschr Ziekenverp* 1981; 34(6): 262-7.
23. Klein SD, Klein RE. Delivering bad news: the most challenging task in patient education. *J Am Optom Assoc* 1987; 58(8): 660-3.
24. Krauss-Mars AH, Lachman P. Breaking bad news to parents with disabled children -a cross-cultural study. *Child Care Health Dev* 1994; 20(2): 101-12.
25. Maynard DW. How to tell patients bad news: the strategy "forecasting". *Cleve Clin J Med* 1997; 64(4): 181-2.
26. Miranda J, Brody RV. Communicating bad news. *West J Med* 1992; 156(1): 83-5.
27. Orr RD. Awakening: bad news and good news. *J Clin Ethics* 1992; 3(3): 204-205.
28. Oxman AD, Guyatt GH. The science of reviewing research. *Ann NY Acad Sci* 1993; 703: 125-31.
29. Roberts CS, Cox ChE, Reintgen DS, Baile WF, Gibertini M. Influence of physician communication of newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer* 1994; 74: 336-41.
30. Van Aalten M, Samwel H. Good news about bad news. *Psycho-social care concerning disclosure of diagnosis*. *TVZ* 1992; 14: 492-5.

31. Dias L, Chabner BA, Lynch TJ Jr, Penson RT. Breaking bad news: A patient's perspective. *Oncologist* 2003; 8(6): 587-96.
32. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Doctor-patient interactions in oncology. *Soc Sci Med* 1996; 42(11): 1511-9.
33. Holland JC. Now we tell-But how tell, Editorial. *J Clinical Oncol* 1989; 5: 557-9.
34. Morrison RS, Morris J. When there is no cure: palliative care for the dying patient. *Geriatrics* 1995; 50(7): 45-51.
35. Meininger V. Breaking bad news in amyotrophic lateral sclerosis. *Palliat Med* 1993; 7(4 Suppl.): 37-40.
36. Jewett LS, Greenberg LW, Champion LA, Gluck RS, Leikin SL, Altieri MF, Lipnick RN. The teaching of crisis counseling skills to pediatric residents: a one-year study. *Pediatrics* 1982; 70(6): 907-11.
37. Guttenberg R. Softening the blow: how to break bad news to a patient's family. *Nurs Life* 1983; 3(4): 17-21.
38. Beyene Y. Medical disclosure and refugees. Telling bad news to Ethiopian patients. *West J Med* 1992; 157(3): 328-32.
39. Hodes R. Cross-cultural medicine and diverse health beliefs. Ethiopians abroad. *West J Med* 1997; 166(1): 29-36.
40. Friedrichsen MJ, Strang PM. Doctors' strategies when breaking bad news to terminally ill patients. *J Palliat Med* 2003; 6(4): 565-74.
41. Fallowfield L. Giving sad and bad news. *Lancet* 1993; 341(8843): 476-8.
42. Clarkson JE, Shelton EJ, Bray DA, Ballard KD. Fathers of children with disabilities comment on health services. *N Z Med J* 1996; 109(1026): 274-6.
43. Doyle D, O'Connell S. Breaking bad news: starting palliative care. *J R Soc Med* 1996; 89(10): 590-1.
44. Quill TE, Townsend P. Bad news: delivery, dialogue, and dilemmas. *Arch Intern Med* 1991; 151(3): 463-8.
45. Holdaway J. The management of dying patients in New Zealand coronary care units. *N Z Med J* 1985; 98(784): 639-41.
46. Schulman A, Hakanson E. Crisis intervention and requests for organ donation-impossible to reconcile? *Nord Med* 1994; 109(6-7): 182-3.
47. Morrissey MV. Extending the theory of awareness contexts by examining the ethical issues faced by nurses in terminal care. *Nurs Ethics* 1997; 4(5): 370-9.
48. Van Zuuren FJ, van Schie EC, van Baaren NK. Uncertainty in the information provided during genetic counseling. *Patient Educ Couns* 1997; 32(1-2): 129-39.
49. Faulkner A, Maguire P, Regnard C. Breaking bad news-a flow diagram. *Palliat Med* 1994; 8(2): 145-51.
50. Harris L. Terminal care: breaking bad news. *Community Outlook* 1988; 6: 15-17.
51. Links M, Kramer J. Breaking bad news: realistic versus unrealistic hopes. *Support Care Cancer* 1994; 2(2): 91-3.
52. Strebel U. Bad news, discussion about prognosis, suffering and death. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1996; 85(14): 429-31.
53. Phipps LL, Cuthill JD. Breaking bad news: a clinician's view of the literature. *Ann R Coll Physicians Surg Can* 2002; 35(5): 287-93.
54. Michaels E. Deliver bad news tactfully. *Can Med Assoc J* 1983; 129(12): 1307-8.
55. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J* 1984; 288(6430): 1597-9.
56. Bulkin W, Lukashok H. Training physicians to care for the dying. *Am J Hosp Palliat Care* 1991; 8(2): 10-15.
57. Oelz O. Truth disclosure in physicians' dialogue: compassionate lie or merciless statistics? *Schweiz Rundsch Med Prax* 1996; 85(14): 440-4.
58. Beecham L. Learning to break bad news. *BMJ* 1997; 314(7093): 1502.
59. Arber A, Gallagher A. Breaking bad news revisited: the push for negotiated disclosure and changing practice implications. *Int J Palliat Nurs* 2003; 9(4): 166-72.
60. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor patient communication: The Toronto Consensus Statement. *BMJ* 1991; 303: 1305-17.
61. Cooke S, Wakefiel A, Chew-Graham C, Boggis C. Collaborative training in breaking bad news to patients. *J Interprof Care* 2003; 17(3): 307-9.
62. Saltini A, Dall'Agnola R. Communication of bad information: general indications and guidelines. *Recenti Prog Med* 1995; 86(10): 409-417.
63. Eggly S, Afonso N, Rojas G, Baker M, Cardozo L, Robertson RS. An assessment of residents' competence in the delivery of bad news to patients. *Acad Med* 1997; 72(5): 397-9.
64. Chisholm CA, Pappas DJ, Sharp MC. Communicating bad news. *Obstet Gynecol* 1997; 90(4 Pt 1): 637-9.
65. Hon J. Communication: bad news, I'm afraid. *Nurs Stand* 1994; 8(32): 52-3.
66. Morton R. Breaking bad news to patients with cancer. *Prof Nurse* 1996; 11(10): 669-71.
67. Breaking bad news (a). Knowledge for practice. *Nurs Times* 1994; 90 (Suppl. 1): 1-4.
68. Breaking bad news (b). Knowledge for practice. *Nurs Times* 1994; 90(Suppl. 1): 5-8.
69. Hansen AC, Roberts N, Clark S. Language background, english language proficiency and medical communication skills of medical students. *Medical Education* 1997; 31: 259-63.
70. Olweny ChLM. Effective communication with cancer patients: The use of analogies -A suggested approach. *Annals of the New York Academy of Science* 1997, 809: 179-87.
71. Baile WF, Lenzi R, Kudelka AP, Maguire P, Novack D, Goldstein M, Myers EG, Bast RC Jr. Improving physician-patient communication in cancer care: outcome of a workshop for oncologists. *J Cancer Educ* 1997; 12(3): 166-73.
72. Knox JD, Thomson GM. Breaking bad news: medical undergraduate communication skills teaching and learning. *Med Educ* 1989; 23(3): 258-61.
73. Sykes N. Medical students' fears about breaking bad news. *Lancet* 1989; 2(8662): 564.
74. Kleiber C, Halm M, Tifler M, Montgomery LA, Johnson SK, Nicholson A, Craft M, Buckwalter K, Megivrn K. Emotional responses of family members during a critical care hospitalization. *Am J Crit Care* 1994; 3(1): 70-76.
75. Hulsman RL, Ros WJG, Janssen M, Winnubst JAM. INTER-ACT-CANCER. The development and evaluation of a computer-assisted course on communication skills for medical specialists in Oncology. *Patient Education and Counseling* 1997; 30(2): 129-141.
76. Sanson-Fisher R, Cockburn J. Effective teaching of communication skills for medical practice: selecting an appropriate clinical context. *Med Educ* 1997 31(1): 52-57.
77. Farber NJ, Friedland A, Aboff BM, Ehrental DB, Bianchetta T. Using patients with cancer to educate residents about giving bad news. *J Palliat Care* 2003; 19(1): 54-7.
78. Saltini A. Communication of bad facts. To inform or not to inform the patient: a choice between 2 alternatives? *Recenti Prog Med* 1995; 86(9): 359-366.
79. Seo Y. A preliminary study on the emotional distress of patients with terminal-stage cancer: a questionnaire survey of 1380 bereaved families over a 12-year period. *Jpn J Clin Oncol* 1997; 27(2): 80-3.
80. Santos ZM, Santos G, Abrantes P. Physician patient communication in Oncology. *Acta Med Port* 1994; 7(6): 361-5.
81. Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Soc Sci Med* 1988; 27(11): 1139-1145.
82. Charlton RC. Common problems. Breaking bad news. *Med J Aust* 1992; 157(9): 615-21.
83. Sell L, Devlin B, Bourke SJ, Munro NC, Corris PA, Gibson GJ. Communicating the diagnosis of lung cancer. *Respir Med* 1993; 87(1): 61-3.
84. Seale C. Communication and awareness about death: a study of a random sample of dying people. *Soc Sci Med* 1991; 32(8): 943-52.
85. Carmel S, Laza A. Telling the bad news: do the elderly want to know their diagnoses and participate in medical decision making? *Harefuah* 1997; 133(11): 505-9.
86. Walsh D, Nelson KA. Communication of a cancer diagnosis: patients' perceptions of when they were first told they had cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. 2003; 20(1): 52-6.
87. Peteet JR, Abrams HE, Ross DM, Stearns NM. Presenting a diagnosis of cancer: patients' views. *J Fam Pract* 1991; 32: 577-81.
88. Reynolds M. No news is bad news: patients' views about communication in hospital. *Br Med J* 1978; (6128): 1673-6.
89. Butow PN, Kazerni JN, Beeney LJ, Griffin A-M, Dunn SM, Tattersall MHN. When the diagnosis is cancer patient communications experiences and preferences. *Cancer* 1996; 77: 2630-7.
90. Strauss RP, Sharp MC, Lorch SC, Kachalia B. Physicians and the communication of «bad news»: parent experiences of being informed of their child's cleft lip and/or palate. *Pediatrics* 1995; 96(1 Pt 1): 82-89.

91. Krahn GL, Hallum A, Kime C. Are there good ways to give 'bad news'? *Pediatrics* 1993; 91(3): 578-82.
92. Hogbin B, Fallowfield L. Getting it taped: the 'bad news' consultation with cancer patients. *Br J Hosp Med* 1989; 41(4): 330-3.
93. McHugh P, Lewis S, Ford S, Newlands E, Rustin G, Coombes C, Smith D, O'Reilly S, Fallowfield L. The efficacy of audiotapes in promoting psychological well-being in cancer patients: a randomised, controlled trial. *Br J Cancer* 1995; 71(2): 388-92.
94. Roter DL, Stewart M, Pumam SM, Lipkin M, Stiles W, Inui TS. The patient physician relationship, communication patterns of primary care physicians. *JAMA* 1977; 277: 350-6.
95. Hinds C, Streater A, Mood D. Functions and preferred methods of receiving information related to radiotherapy. Perceptions of patients with cancer. *Cancer Nurs* 1995; 18(5): 374-84.
96. Fisher B, Britten N. Patient access to records: expectations of hospital doctors and experiences of cancer patients. *Br J Gen Pract* 1993; 43(367): 52-6.
97. Rappaport W, Witzke D: Education about death and dying during the clinical years of medical school. *Surgery* 1993; 113(2): 163-5.
98. Nielsen D, Schmidt L. Breaking bad news-experience and attitude of young physicians. *Ugeskr Laeger* 1997; 159(19): 2862-6.
99. Cantwell BM, Ramirez AJ. Doctor patient communication: a study junior house officers. *Medical Education* 1997; 31: 17-21.
100. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *Br J Cancer* 1994; 70(4): 767-70.
101. Baumann-Holzle R. Bad news and the successful life. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1996; 85(14): 445-50.
102. Gigris A, Sanson-Fisher RW, McCarthy WH. Communicating with patients: surgeons' perceptions of their skills and need for training. *Aust N Z J Surg* 1997; 67(11): 775-80.
103. Brewin TB. Three ways of giving bad news. *Lancet* 1991; 337(8751): 1207-9.
104. Von Bloch L. Breaking the bad news when sudden death occurs. *Soc Work Health Care* 1996; 23(4): 91-7.
105. Gigris A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: Consensus for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995; 13(9): 2449-56.
106. Sledge WH, Feinstein AR. A clinimetric approach to the components of the patient-physician relationship. *JAMA* 1997; 278: 2043-8.
107. Charlton R, Dovey S, Mizushima Y. National differences in breaking bad news. *Med J Aust* 1993; 159(1): 72.
108. Bennet M, Alison D. Discussing the diagnosis and prognosis with cancer patients. *Postgrad Med J* 1996; 72(843): 25-9.
109. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA* 1996; 276(6): 496-502.
110. Entman SS, Glass CA, Hickson GB, Githens PB, Whetten-Goldstein K, Sloan FA. The relationship between malpractice claims history and subsequent obstetric care. *JAMA* 1994; 272(20): 1588-91.
111. Vincent C, Young G, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 1994; 343: 1609-13.
112. Short D. The importance of words. *Br J Hosp Med* 1993, 50(9): 548-50.
113. Alibhai SN. Breaking bad news. *CMAJ* 1992; 146(11): 1890.
114. Breaking bad news. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984; 288(6435): 1995-6.
115. Fox GN. Delivering bad news. *JAMA* 1996; 276(22): 1801-2.
116. Greenberg LW. Delivering bad news. *JAMA* 1996; 276(22): 1801.
117. Howel JB. Breaking bad news. *Lancet* 1993; 341 (8848): 833.
118. Pearce P, Cooper C. Breaking bad news. *Med J Aust* 1993; 158(2): 137.
119. Persaud R. Breaking bad news. *Lancet* 1993; 341(8848): 832-3.
120. Wood TA. Delivering bad news. *JAMA* 1996; 276(22): 1802.
121. Wahlberg P. How to tell bad news? *Lakartidningen* 1995; 92(16): 1702-4.
122. Hoy AM. Breaking bad news to patients. *Br J Hosp Med* 1985; (2): 9699.
123. Rowland JH. Intrapersonal resources; Coping In: Holland JC and Rowland JH: *Handbook of Psychooncology; Psychological care of the patient with cancer.* Oxford University Press 1989; 44-57.
124. Eccles M, Clapp Z, Grimshaw J, Adams PC, Higgings B, Purves I, Russell I. North of England evidence based guidelines development project: methods of guidelines development. *British Med J* 1996; 312: 762-6.
125. Institute of Medicine (US). Committee on Clinical Practice Guidelines. *Guidelines for Clinical Practice: from development to use.* Field MJ, Lohr KN (ed). Washington DC, 1992.
126. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. What it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-2.
127. Chalmers I, Altman DG, eds. *Systematic; Reviews.* London BMJ Publishing Group, 1995.
128. American Psychiatric Association: *Practice Guidelines* Washington, 1996.
129. Goldfield N, Rothman WA. Ethical considerations of informed consent: a case study. *Soc Sci Med* 1987; 24(6): 483-6.
130. Hellstrom O, Lindqvist P, Maussion B. A phenomenological analysis of Doctor-patient interaction: a case study. *Patient Educ Couns* 1998; 33(1): 83-9.
131. Maguire P, Faulkner A. Communicate with cancer patients: 1. Handling bad news and difficult questions. *BMJ* 1988; 297(6653): 907-9.
132. Parathian AP, Taylor F. Can we insulate trainee nurses from exposure to bad practice? A study of role play in communicating bad news to patients. *J Adv Nurs* 1993; 18(5): 801-7.
133. Sabiewicz P, Kershaw B, Mangan P. Professional development. Breaking bad news: revision notes. *Nurs Times* 1994; 90(12 Suppl.): 9-12.
134. Speck P. Breaking bad news. *Nurs Times* 1991; 87(12): 24-5.
135. Thayre K, Hadfield-Law L. Never going to be easy: giving bad news. *Nurs Stand* 1995; 9(50 Suppl. Nu): 3-8.

Recibido: Noviembre 30, 2003.
Aceptado: Diciembre 1, 2003.