

Revisión

Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera.

Breaking bad news: nursing perspective.

R Mirón González^{1*}

Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería.

Fecha de recepción: 15/10/2009 – Fecha de aceptación: 23/01/2010

Resumen

Introducción: La Comunicación de Malas Noticias (CMN) por parte del profesional sanitario ha sido uno de los principales retos en las últimas décadas. Esto es debido a una mayor demanda de información por parte de los pacientes y una percepción de inseguridad del colectivo sanitario a la hora de abordar dicha comunicación. Mientras que al colectivo médico se le daba la responsabilidad de la CMN, enfermería empezaba a ser valorada como una pieza valiosa que podía ser aprovechada. **Objetivos:** Identificar las funciones de médicos y enfermeros en la CMN. Determinar cuál debe ser la actuación ante la CMN. **Metodología:** Revisión bibliográfica de publicaciones comprendidas entre 1999 y 2009. **Resultados:** Análisis de un total de 20 artículos. **Discusión:** Enfermería ha ganado importancia en la CMN debido a su gran conocimiento sobre el paciente, incluso hay autores que ha llegado a plantear que sean ellos quienes realicen esta comunicación. Otros autores apoyan que la CMN es un proceso multidisciplinar que debe ser afrontado por aquel que tenga mayor información sobre el paciente y su proceso de salud. Se han encontrado varios protocolos para abordar la CMN como son: “SPIKES”, “ABCDE” y otros adaptados. **Conclusiones:** La CMN es un proceso multidisciplinar donde la enfermería es una pieza fundamental que sirve de apoyo tanto para el paciente como para otros profesionales. Pero con los nuevos cambios, la enfermería se ve muchas veces obligada a iniciar una CMN y podría beneficiarse de los protocolos que se han creado para tal fin por otras disciplinas.

Palabras clave: noticias, comunicación, enfermería.

Abstract

Introduction: Braking bad news for health professionals has been one of the major challenges in recent decades. This is due to increased demand for information from patients and a sense of insecurity from the health professionals to address such communication. While the physician group was given the responsibility of breaking bad news, nursing began to be appreciated as a valuable piece that could be exploited. **Aims:** Identify the role of doctors and nurses on breaking bad news. Determine how to break bad news. **Methodology:** Literature review between 1999 and 2009. **Results:** Analysis of a total of 20 articles. **Discussion:** Nursing has increased importance into the breaking bad news in accordance with their great knowledge of the patients, even some authors who have come to argue that they are the ones who carry this communication out. Other authors support the breaking bad news like a multidisciplinary process that must be faced by those who have more information about the patient and their health. Various protocols have been found to address the breaking bad news: “SPIKES”, “ABCDE” and other methods. **Conclusion:** Breaking bad news is a multidisciplinary process where nursing is a key element which supports the patient and other professionals. But with the new changes, nursing is often required to initiate in breaking bad news, then they could benefit from the protocols that have been created for that purpose by other disciplines.

Key words: news, communication, nursing, disclosure, truth disclosure.

* Correspondencia: rubenmg@gmail.com

Introducción

Hoy en día vivimos en una sociedad donde podemos encontrar en cualquier contexto malas noticias; en el telediario, la prensa, el trabajo, la familia, los amigos... y esto nos está creando una desensibilización hacia desgracias ajenas. Pero esto cambia cualitativamente cuando hablamos de la salud de uno mismo, de algún familiar o amigo, ya que nos va a afectar de una forma única y personal.

Desde el punto de vista sanitario, el concepto de mala noticia (MN) más aceptado es el de Buckman: *“la que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro”*¹. Otra definición más completa es la de Ptacek que las define como *“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 negativos de reciente suceso”*².

Autores como Almanza Muñoz han entendido la comunicación de malas noticias (CMN) desde el punto de vista de la adaptación y nos habla que *“existe un vínculo entre recibir malas noticias y el despliegue de la capacidad de Coping”*³, el cual es *“el enfrentamiento a una dificultad inusual en una situación en la cual el desarrollo de nuevas estrategias y la instrumentación de nuevas conductas es requerida”*⁴.

A la vez, esto está introducido dentro del marco comunicacional, que en las ciencias de la salud va mas allá de la simple transmisión de información considerándose como *“el arte y la técnica de informar, influir y motivar a públicos individuales, institucionales y colectivos sobre temas relacionados con la salud”* (Healthy People, 2010).

Como podemos ver, al hablar de CMN estamos ante un hecho complejo que necesita un abordaje integral por parte del profesional que está implicado, ya que se tratan conductas humanas que no se caracterizan precisamente por su sencillez.

Por lo tanto, el profesional sanitario, debe tener los conocimientos y entrenamiento necesarios para tal intervención. Ante esta incertidumbre, se empezó a publicar respecto al tema; así una revisión bibliográfica publicada en 1998 por Almanza Muñoz⁵ que abarca literatura sobre CMN desde 1978, nos muestra cómo la mayoría de publicaciones eran realizadas por médicos ante la frustración de una falta de preparación en dicho campo. De este modo,, ya empezaba a surgir la creación de talleres a nivel de pregrado y posgrado, ya que se veía que esta habilidad no mejoraba con el paso del tiempo, sino que era necesario un conocimiento y entrenamiento. Además cada vez había más pacientes que querían conocer sus condiciones médicas, aún en estado terminal, y empezaban a surgir las primeras demandas legales hacia el colectivo médico.

La CMN estaba centrada principalmente en el paciente y en el médico, y el autor ya inferenciaba que esto se expandiría hacia la concepción de calidad de vida de la persona y a su satisfacción sobre los servicios de salud.

Respecto al personal de enfermería, se asumía que eran los que mayor contacto y cercanía tenían con pacientes y familiares, y que eran quienes afrontaban las actitudes de negación y evasión de los enfermos sobre su diagnóstico, se reflejaba por tanto la necesidad de formar hacia el manejo de dichas actitudes.

Así, Almanza Muñoz concluía ese estudio de 1998 diciendo se estaba creando *“un campo de conocimiento propio que va ganando terreno tanto a nivel del curriculum médico como en la práctica clínica cotidiana a nivel del grupo médico y de enfermería y con la participación creciente de todo el equipo de cuidados psicosocial”*.

Objetivos

Debido a este interés creciente bibliográfico y asistencial, se han planteado los siguientes objetivos:

1. Identificar las funciones de médicos y enfermeros en la CMN.
2. Determinar cuál debe ser la actuación ante la CMN.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de los artículos publicados entre 1999 y 2009 llevada a cabo por bases de datos españolas (cuiden plus, enfispo, lilacs e IME) con los descriptores: *“comunicación”* y *“noticias”*. Se empleó *“malas noticias”* y *“noticias negativas”* pero daba resultados incluidos en los primeros.

Debido a la escasez de publicaciones en lengua española se hizo un barrido de bases de datos internacionales (Cinahl, Medline acceso ovid y pubmed) donde se utilizaron los descriptores: *“communication”*, *“bad news”*, *“truth disclosure”* y *“nursing”*. En el caso de las bases internacionales el número de publicaciones en lengua inglesa se disparaba, se aplicó perfiles de búsqueda más específicos y límites como la publicación entre 99-09 e idioma español.

Resultados

Los resultados de los perfiles de búsqueda se pueden ver en la tabla 1. Se seleccionaron aquellos artículos que podrían responder los objetivos del estudio. Debido a la falta de acceso a algunas revistas y a la repetición de artículos en las diferentes bases, se obtuvo un total de 34 publicaciones, de las cuales, se seleccionaron 20 para la siguiente revisión bibliográfica.

BASES DE DATOS ESPAÑOLAS								
PERFIL DE BÚSQUEDA	Cuiden +		EnFisPo		Lilacs		IME	
	E	S	E	S	E	S	E	S
Comunicación AND Noticias	28	9	2	1	10	5	17	6
BASES DE DATOS INTERNACIONALES								
PERFIL DE BÚSQUEDA	MEDLINE (PubMed)		MEDLINE (Ovid)		CINAHL			
	E	S	E	S	E	S		
Communication AND Bad news	404	-	277	-	184	9		
Truth disclosure AND Nursing	1077	-	7	5	398			
Truth disclosure AND Bad news	33*	8*	214	28	19	4		
<i>Límite: Español.</i>								
Truth disclosure	34	8			3	0		
E = Encontrados / S = Seleccionados / *Revisiones								

Tabla 1. Resultados de la búsqueda.

De los 20 artículos, 14 son escritos por médicos mientras que se encuentran 6 por enfermeros. Y respecto al tipo de estudio hay 17 que son artículos descriptivos basados en exposición bibliográfica, 2 estudios cualitativos y 1 cuantitativo.

Discusión

Función médica y enfermera en la CMN

Es de especial interés determinar quién es la persona más indicada para la CMN. Siempre se ha considerado esta intervención como “*una parte desagradable pero necesaria del ejercicio de la medicina*”⁶ por lo que siempre se le ha dado mucha importancia a la formación de los mismos. Ana Sobrino López⁷ nos cuenta que “*sea el profesional que atiende directamente al paciente y el que tenga mayor información sobre el proceso y las alternativas terapéuticas*” quien deba de comunicar la noticia, además “*puede hacerse solo o con ayuda de otros profesionales de su equipo*”.

Esta concepción ha ido cambiando con el paso de los tiempos con la incorporación de más profesionales al campo de la salud, donde las funciones asistenciales se han dividido en un mayor número de personas. Así M^a Luz Bascuñán⁸ expresa que *“no son los médicos quienes pasan más tiempo con él (paciente)... el paciente y sus familiares frecuentemente consultan las mismas interrogantes a distintos profesionales”* por lo que *“el equipo de salud debe definir de antemano quienes se harán cargo de esta tarea”*.

Esta misma autora realizó un estudio descriptivo mediante grupos focales de médicos que trabajaban en hospitales de Chile⁹, en uno de estos grupos se manifestaba que *“es problemático que distintos profesionales informen al paciente porque pueden haber contradicciones”*. Se empezaba a ver la preocupación de que las MN fueran dadas por otros profesionales, por lo que la autora proponía que *“la coordinación y definición de roles dentro del equipo de salud sea un desafío ineludible”*.

Una revisión bibliográfica realizada por Michael Farrel¹⁰ en 1999, encontró autores que hablaban de las enfermeras como una de las mejores opciones en la CMN, ya que eran quienes conocían mejor a los pacientes y sus familiares. Pero, sin embargo, la realidad es que los médicos son quienes daban la MN apoyados por una enfermera en el momento dado.

Un estudio realizado en Alemania¹¹ con estudiantes de medicina y enfermería, intentaba determinar cómo se sentían de capacitados a la CMN antes y después de un curso destinado a ello. Como resultados obtuvieron que los estudiantes de enfermería se sentían más seguros en la comunicación con pacientes de diagnóstico complicado y menos incómodos ante situaciones de silencio que los estudiantes de medicina.

Este interés ha despertado la curiosidad en enfermeros, como es el caso de Michal Rassing et al¹² que estudió a enfermeros, médicos y pacientes para conocer sus puntos de vista sobre la CMN. Se exponía que los enfermeros tenían predisposición a estar durante la CMN a lo que no daban mucha importancia médicos y pacientes. También se infería que los médicos tenían un mayor número de experiencias que los enfermeros en la CMN, pero el entrenamiento era prácticamente el mismo. Pero lo que más destacaba en el estudio era la sensación que tenían los pacientes de un mayor apoyo por parte del personal de enfermería que el colectivo médico. Por lo que los autores llegaban a la conclusión de que los enfermeros debían de estar incluidos en el proceso de CMN ya que los pacientes preguntaban a muchos profesionales de la salud la misma cuestión y podrían generarse contradicciones entre ellos. Arber¹³ enfatiza la importancia del personal de enfermería como una preciada colaboración en el manejo de la información para el paciente y la familia.

Entonces empiezan a surgir nuevas concepciones respecto al rol de enfermería en la CMN, entre los artículos encontramos unas palabras de Margarita del Valle¹⁴ que nos dice: *“El personal de*

enfermería debería saber cuando el médico va a dar la información diagnóstica, para poder planificar una estrategia de ayuda y un soporte emocional adecuado al paciente y/o familia... debemos entenderlo como un proceso y debería tener un abordaje multidisciplinar". Se empieza a ver la CMN como un proceso multidisciplinar enfocado a atender al paciente desde el enfoque de cada profesional.

Otro de los estudios¹⁵ refleja los roles de la enfermera pediátrica en la CMN:

- Líder: respecto a la organización de lo necesario para llevarse a cabo la CM en las mejores condiciones posibles.
- Facilitadora/Apoyo: Tanto a los familiares como al niño.
- Profesora/Educadora: Aportar toda la información que demande la familia.
- Defensora/Trabajo en equipo: Fomentar el trabajo en equipo.

Protocolos en la CMN

El protocolo más referenciado y utilizado¹⁶⁻²¹ es el **SPIKES** (ver gráfico 1) del oncólogo Buckman, que está enfocado a personal médico a la hora de dar un diagnóstico. Se basa en 6 etapas que deben ser seguidas de forma sucesiva:

1. **Preparación:** La primera consideración debe ser encontrar un lugar tranquilo, lo ideal es una despacho, pero si no es posible se puede crear un ambiente apropiado cerrando la puerta de la habitación, echando la cortina... además es muy importante el interés, la conducta, el comportamiento y la postura física de proximidad del profesional sanitario que vaya a dar la noticia. Con esto se pretende que la persona se sienta segura y evitar interrupciones por el contexto.

Setting
Perception
Invitation
Knowledge
Empathy
Strategy and summary

Gráfico 1. Protocolo SPIKES.

2. **Percepción:** Se basa en conocer qué sabe el paciente sobre su estado de salud mediante preguntas abiertas, como dice Buckman: "*before you tell, ask*", y fijarse en el lenguaje que emplea para ello. Puede pasar que la persona refiera saber menos de lo que realmente conoce, esto es debido a una reacción de negación hacia su estado de salud y lo que pretende es buscar explicación en varios profesionales para contrastar. Se debe de huir del paternalismo profesional y no dar nada por entendido.
3. **Invitar** a qué nos pregunte qué quiere saber: Con esto se pretende que conozcamos cuál es realmente la preocupación de la persona y qué es exactamente lo que le gustaría saber ("*verdad soportable*"²² según algunos autores). Aquí suelen aparecer discordancias entre lo que el profesional quiere comunicar y el interés del paciente, entonces se debe de acondicionar la

información que se va a dar a las demandas del paciente. Puede pasar que se muestre poco receptivo a ser informado, por lo que se le debe dar tiempo a que lo piense y dar la opción de hablar más tarde.

4. **Conocimiento:** Es el momento de hacerle entender que se le va a dar una mala noticia con frases como por ejemplo: "*Lamentablemente, tengo una mala noticia que decirle...*" o "*Siento tener que decirle...*". Entonces se dejarán pasar unos segundos para que se acondicione psicológicamente y entonces comunicarle la información intentando utilizar el vocabulario empleado por él para explicarse anteriormente y en pequeños pedazos, de tal modo que vaya comprendiendo poco a poco y no tener que repetir la información varias veces. Recordemos que el principal objetivo es que comprenda la nueva situación.
5. **Empatía:** Una vez comprendida la información por parte del paciente, se inician una serie de respuestas conductuales en el mismo que pueden ser: ansiedad, miedo, tristeza, agresividad, negación o ambivalencia. Por lo que se debe de iniciar un proceso de escucha activa y empatía. Como dicen Ayarra y Lizarraga "*Sólo si somos capaces de apoyar al paciente en sus emociones estaríamos moralmente autorizados a informarle*". Aquí lo importante es saber cómo se siente y a qué es debido, para así intentar ayudarle en la medida de lo posible.
6. **Resumen y planes de futuro:** Finalmente el paciente debe de estar en condiciones de que conozca la nueva situación para así establecer un plan terapéutico o medidas de futuro. Aquí el profesional deberá mostrar disponibilidad hacia el paciente y para concluir hará un resumen de toda la sesión para clarificar dudas.

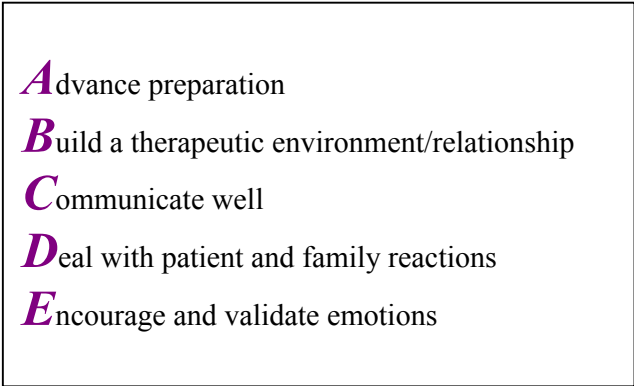
También existe otro protocolo que es el ABCDE (ver gráfico 2) de Rabow y McPhec²³⁻²⁴ basado en 5 puntos que se asemeja al anterior, por lo tanto destacaré algunos aspectos que lo caracterice.

- A. **Preparación del ambiente:** A parte del espacio físico también hace mención a la prepararse emocional y mentalmente de cómo dar las MN por parte del profesional.
- B. **Conocer cuánto sabe y qué quiere saber:** Es una fusión de los pasos 2 y 3 de Buckman.
- C. **Comunicarse correctamente:** Referente al acto de la CMN, recomienda llamar las cosas por sus nombres (ej. Cáncer o muerte) y no usar eufemismos. Al final de este paso se llega al resumen.
- D. **Comprender la reacción del paciente:** Estar atento a las reacciones emocionales y darle apoyo emocional.
- E. **Estimular y valorar las emociones:** Dar esperanzas realistas y hablar de las medidas que se van a tomar conjuntamente. Explorar qué siente el paciente en ese momento y realizar una atención multidisciplinaria.

Almanza, realizó una guía basada en la evidencia²⁵ de CMN a partir de la revisión bibliográfica que he comentado durante la introducción, dirigida hacia el colectivo médico pero abierto a otros profesionales. De tal modo que establece 10 puntos a modo de orientación:

1. Establecer una adecuada relación médico-paciente.
2. Conocer cuidadosamente la historia médica.
3. Conocer al paciente como persona.
4. Preparación del sitio de la entrevista.
5. Organización del tiempo.
6. 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.
10. Trabajar en los propios sentimientos.

Y por último cabe destacar el protocolo propuesto por Villa López²⁶, basado en el SPIKES. Al paso seis ella le llama "plan de cuidados" y es donde el profesional de enfermería actualizaría el plan de cuidados y apoyaría al paciente. Propone además una séptima etapa denominada "autochequeo del profesional" que está enfocada a la reflexión sobre los sentimientos vividos por uno mismo a la hora de comunicar la MN para mejorar en un futuro con un espíritu de autosuperación.



*A*dvance preparation
*B*uild a therapeutic environment/relationship
*C*ommunicate well
*D*eal with patient and family reactions
*E*ncourage and validate emotions

Gráfico 2. Protocolo ABCDE

Conclusiones

Después de esta revisión, se ha podido determinar que la CMN es un proceso donde intervienen diferentes profesionales de la salud, que va más allá de la simpleza de informar al paciente sobre su nueva situación de salud. En este proceso no sólo están implicados médico y paciente, sino que en muchos casos intervienen enfermeros y familiares.

La función de enfermería es muy importante antes, durante y al final del proceso, ya que es el profesional que pasa mayor tiempo con el paciente y por lo tanto quien tiene la mayor confianza e información de él. Además como enfermeros, deberán de conocer cual es la nueva situación a la que se enfrenta el paciente para actualizar y adaptar el plan de cuidados, con el objetivo de crear estrategias de apoyo y adaptación beneficiosas, así como conocer sus posibles nuevas demandas de salud.

En este proceso se ve la importancia de la coordinación multidisciplinaria, ya no solo para mejorar la atención sino por demanda de los propios pacientes. Por lo tanto es de especial interés fomentar la comunicación entre los profesionales sanitarios, enriqueciendo así el proceso asistencial.

Por todos es conocido que son los médicos quienes se enfrentan en la mayoría de los casos a este proceso, pero no se debe olvidar que la enfermería también puede enfrentarse a dicho proceso por su mayor preparación en procesos comunicativos con el paciente y por la demanda de los profesionales. Existen situaciones independientes en la labor enfermera que pueden requerir la información de algo que puede resultar desagradable para el paciente, y por lo tanto las herramientas anteriormente planteadas podrían ser adaptadas para poder orientarse.

Se han publicado protocolos basados en la evidencia como son el SPIKES o el ABCDE, como otros adaptados, que han intentado dar respuesta a un problema que se ha presentado en el trabajo asistencial de muchos médicos. Pero éstos no están exentos de modificaciones por parte de otros profesionales para adecuarlos a su campo clínico; por lo que es interesante aprovecharlos para facilitar la creación de nuevos protocolos.

Para concluir, sería interesante mencionar el déficit en cuanto a número de publicaciones realizadas por enfermeros. Sería de especial interés estudiar cuales son las situaciones a las que se enfrentan para crear así protocolos de actuación enfermera. Cada vez son mayores las funciones que están llevando a cabo en España y esto requiere un mayor manejo de respuestas humanas. Lo que si es cierto es que aún sigue existiendo un vacío formativo en comunicación, herramienta básica en enfermería.

Referencias

1. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult?. *Br Med J.* 1984; 288: 1597-9.
2. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA.* 1996; 14: 276(6): 496-502.
3. Almanza Muñoz JJ, Holland JC. La comunicación de las malas noticias en la relación médico paciente. I. Guía clínica práctica basada en evidencia. *Rev Sanid Milit Méx.* 1999; 53(2): 160-164.
4. Rowland JH, Holland JC. *Handbook of psychooncology; psychological care of the patient with cancer.* Oxford University Press. 1989; 313: 71-72.
5. Almanza Muñoz JJ, Holland JC. La comunicación de las malas noticias en la relación médico paciente. Guía clínica práctica basada en evidencia. *Rev Sanid Milit Mex.* 1998; 52(6) Nov-Dic: 372-378.
6. Núñez S, Marco T, Burillo G, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. *Med Clin. Barcelona.* 2006; 127(15): 580-583.
7. Sobrino López, A. Comunicación de malas noticias. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2003; 9: 111-122.
8. Bascuñán ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Rev Med Chile.* 2005; 133: 693-698.
9. Bascuñán ML. Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio. *Rev Med Univ Navarra.* 2007; 51(2): 28-31.
10. Farrel M. The Challenger of breaking bad news. *Intensive and critical care nursing.* 1999; 15: 101-110.
11. Schildmann J, et al. Breaking bad news: evaluation study on self-perceived competences and views of medical and nursing students taking part in a collaborative workshop. *Support Care Cancer.* 2006; 14: 1157-1161.
12. Rassin M, Levy O, Schwartz T, Silner D. Caregivers' role in breaking bad news: patients, doctors and nurses' point of view. *Cancer Nursing.* 2006; 29(4): 302-308.
13. Aber 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.
14. Del Valle García M. Enfoque comunicacional de los profesionales de la salud: Malas noticias. *Publicación oficial SEDENE.* 2006; 23: 23-25.
15. Price J, McNeilly P, Surgenor M. Short report: breaking bad news. *Paediatric Nursing.* 2006; 18(7): 37.
16. Buckman R. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community oncology.* 2005; March-April: 138-142.
17. Alves de Lima A. ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? *Rev Arg de Cardiología.* 2003; 1(3): 217-220.
18. Ayarra M, Lizarraga S. Malas noticias y apoyo emocional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.* 2001; 24 (supl.2): 55-63.
19. Gordon M, Buchman D, Buchman SH. "Bad News" Communication in palliative care: a challenge and key to success. *Annals of long term care.* 2007; 15(4): 32-37.
20. García Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva.* 2006; 30(9): 452-459.
21. Lizarraga Mansoa S, Ayarra Elia M, Cabodevilla Eraso I. La comunicación como piedra angular de la atención al paciente oncológico avanzado. Bases para mejorar nuestras habilidades. *Aten Primaria.* 2006; 38: 7-13.

22. González Barón M, Poveda J. Criterio de información al paciente oncológico terminal: la verdad soportable. Seminario Internacional sobre la información del diagnóstico al enfermo con cáncer. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer. 1992: 137-153.
23. Melet A. Las malas noticias en oncología. Rev Venez Oncol. 2004; 16(3): 175-177.
24. Vandekieft GK. Breaking bad news. Amercian family physician. 2001; 64(12): 1975-1978.
25. Almanza Muñoz JJ. La comunicación de las malas noticias en la práctica médica. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2003; 36(4): 165-176.
26. Villa López, Beatriz. Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias. Nure Investigación. 2007; 31(nov-dic). Recurso electrónico disponible en:
http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/pdf_protocolo_31.pdf