

# Protocolos de comunicación de malas noticias en salud: limitaciones, desafíos y propuestas

MARÍA LUZ BASCUÑÁN R.<sup>1,a</sup>, M. XIMENA LUENGO-CHARATH<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

<sup>2</sup>Unidad de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Chile.

<sup>a</sup>Psicóloga, Doctora en Psicoterapia.

Trabajo recibió financiamiento. Las autoras declaran no tener conflictos de interés financiamiento.

Recibido el 26 de agosto de 2021  
Aceptado el 12 de septiembre de 2022

Correspondencia a:  
M. Luz Bascuñán R.

Avenida La Florida 8360, La Florida. Santiago, Chile.  
Código ORCID <https://orcid.org/0000-0001-9367-6824>  
[mbascunan@uchile.cl](mailto:mbascunan@uchile.cl)

## Bad news communication protocols in health. Limitations, challenges and proposals

*Bad news communication is a frequent and difficult task for health care professionals. There are valuable protocols that systematize this task through a series of steps. However, these protocols have important limitations. The objective of this work is to analyze the main shortcomings of the protocols for CMN, according to the available ethical and clinical evidence. An orientation by objectives is recommended, considering that communication of bad news is a contextual process that involves different actors, and that requires reflection and flexibility to determine the best course of action according to the circumstances of each particular case. The importance of affectionate attention for patients and their relatives is highlighted.*

(Rev Med Chile 2022; 150: 1206-1213)

**Key words:** Communication; Health Communication, Ethics.

La comunicación de malas noticias (CMN), es una tarea compleja y trascendente que realizan los profesionales de la salud. “Mala noticia” es cualquier información que quiebra las expectativas del paciente sobre su futuro. Las expectativas son subjetivas y, como en salud puede significar innumerables situaciones, se ha limitado este término a circunstancias en que la información provoca una disrupción severa en la vida de las personas<sup>1</sup>.

Reconocer dificultades al comunicar malas noticias y el impacto que ello conlleva para pacientes, familiares y profesionales, ha impulsado el desarrollo de protocolos, la investigación y la incorporación del tema en la formación profesional<sup>2,3</sup>.

Los protocolos para la CMN son de gran utilidad, especialmente porque permiten estructurar este proceso comunicativo, generar confianza y seguridad en los profesionales, y visibilizar el tema en los equipos de salud. Sin embargo, se identifican importantes falencias en la CMN basada en dichos protocolos.

Este trabajo analiza las principales limitaciones que presentan los protocolos para la CMN, a la luz de la evidencia empírica ético-clínica disponible, y formula propuestas complementarias para contribuir a humanizar, enriquecer y contextualizar este complejo proceso comunicativo.

### Protocolos de CMN: etapas y objetivos

Numerosos protocolos para la CMN se han desarrollado, entre éstos: SPIKES<sup>4</sup>; ABCDE<sup>5</sup>; BREAKS<sup>6</sup>; PEWTER<sup>7</sup>; COMFORT<sup>8</sup>; SHARE<sup>9</sup>; GRIEVING<sup>10</sup>; la Estrategia de diez etapas de McGuigan<sup>11</sup>; el Modelo de nueve fases de Lee et al.<sup>12</sup>; y el Protocolo de los tres pasos<sup>13</sup>.

El protocolo SPIKES –probablemente más conocido y con mayor apoyo en la literatura–, es traducido al español con el acrónimo EPICEE (aludiendo a epicentro), desarrollado para el ámbito de la oncología ha sido aplicado también en otros escenarios médicos<sup>14,15</sup>. Por su parte, ABCDE se propone trascender más allá de la tarea infor-

mativa de la CMN, enfatizando las consecuencias que genera la información en el/la paciente<sup>i</sup>. El BREAKS se basa en el SPIKES y pretende hacer más fácil y simple el proceso comunicativo para los profesionales. PWETER, como el de los Tres pasos, se desarrollaron para emergencias y, la estrategia de McGuigan, para el ámbito de la enfermería. La Tabla 1 resume, a modo comparativo, las etapas de los protocolos más utilizados<sup>3</sup>.

## Objetivos “CERCA”

Los protocolos establecen diferentes número de fases para la CMN, enfatizando distintos aspectos de la secuencia comunicacional. No obstante, es posible identificar objetivos comunes para las diferentes fases propuestas. Este trabajo recomienda rescatar los objetivos planteados y proceder de acuerdo a éstos, prescindiendo de la organización temporal de las fases. Se propone reconocer y sintetizar los objetivos con la sigla “CERCA”, correspondiente a: Contexto, Exploración, Revelación, Contención y Acuerdo de un plan de acción conjunto (Tabla 1).

### 1. Contexto de la conversación

El objetivo que se desprende de las fases iniciales es determinar el contexto comunicativo o de interacción. Esto implica conocer bien el caso, decidir dónde y quiénes participarán por parte del paciente y del equipo profesional, disponer del tiempo necesario. Idealmente, buscar un lugar silencioso y privado donde el paciente y sus cercanos puedan seguir conversando. Como parte del contexto comunicacional inicial, está la preparación emocional y espiritual del médico, es decir, su capacidad de detenerse un momento para mentalizar la tarea a realizar.

### 2. Explorar la disposición y nivel de conocimiento del paciente

Esto recuerda que es necesario escuchar antes de hablar y que la CMN se centra en las necesidades de cada paciente. El objetivo es determinar cuán preparado está el paciente para recibir la

información, examinar qué información conoce sobre su condición, cuán realista es su impresión y cuáles son sus expectativas, fantasías y temores. Para ello, es necesario contar con un vínculo o clima de confianza.

### 3. Revelar información de acuerdo a intereses y estado afectivo del paciente

El objetivo es compartir información con un lenguaje simple y comprensible junto con corroborar que ésta ha sido adecuadamente comprendida, ofreciendo la posibilidad de hacer preguntas y aclarar dudas.

### 4. Contener las emociones

Los protocolos reconocen la necesidad de dar un espacio a las emociones del paciente y de responder empáticamente a ellas, siendo un objetivo central del proceso de CMN, no obstante, el más difícil para los profesionales y para el cual reciben menos formación<sup>14,16</sup>.

### 5. Acordar un plan de acción conjunto

El objetivo del proceso de CMN es sintetizar los puntos centrales y establecer una alianza con el paciente, asegurándole que no estará solo y que siempre habrá algo que hacer por su salud.

## Limitaciones, desafíos y propuestas para los protocolos de CMN

Los protocolos para la CMN orientan acerca de una entrevista o evento comunicativo puntual y constituyen guías para un procedimiento estándar, diádico y, como fue señalado, estructurado secuencialmente en fases.

Sin embargo, según se argumenta a continuación, se propone entender la CMN como un proceso, heterogéneo, dinámico, contextual y que involucra a más actores que sólo el médico y el paciente.

### 1. Evento versus proceso

Desde la perspectiva del profesional de salud, se tiende a identificar la CMN con revelar un diagnóstico, informar un mal pronóstico o dar a conocer el resultado de un examen o procedimiento. Pero, desde la perspectiva del paciente y de sus seres cercanos, existe un recorrido previo y uno posterior a estos eventos.

<sup>i</sup> En lo sucesivo, se utilizarán en este documento como género gramatical no marcado e inclusivo, las expresiones “el(los) paciente(s)” y “el(los) médico(s)” para referirse universalmente a toda persona que se encuentre en tales roles, indistintamente de su género, con el fin de facilitar la lectura.

**Tabla 1. Protocolos para la CMN según fases y objetivos "CERCA" subyacentes a cada una**

|   | PROTOCOLOS  |   |  | OBJETIVOS "CERCA"  |
|---|---|---|--|--|
|   | ABCDE<br>Rabow and McPhee<br>(1999)   | BREAKS<br>Narayanan, Bista y<br>Koshy (2010)  | The 10 Steps<br>McGuigan (2009)  | PEWTER<br>Nardi y Keefe-<br>Cooperman, (2006)  |
| <b>SPIKES</b><br>EPICEE Buckman y<br>cols. (1992,2005)                        | Preparación por adelantado<br>( <i>Advance preparation</i> )<br><br>Desarrollar una relación<br>( <i>Building relationship</i> )  | Antecedentes del caso<br>( <i>Background</i> )<br><br>Establecer una buena<br>relación ( <i>Rapport</i> ) | 1. Preparación   | Preparación profesional,<br>física psicológica,<br>espiritual ( <i>Prepare</i> )                           |
| Entorno (preparación personal y del lugar)<br>( <i>Setting and starting</i> ) |   |   |  | Construir un contexto relacional   |
| <b>P</b> Percepción (conocimiento posee el paciente)<br>( <i>Perception</i> ) |   | Exploración de lo que sabe el paciente<br>( <i>Exploring</i> )  | 2. Determinación del conocimiento del paciente   | <b>E</b> Explorar qué sabe el paciente y qué quiere, puede y debe saber                                    |
| <b>I</b> Invitación a recibir información<br>( <i>Invitation</i> )            |   |   | 3. Determinación de qué desea saber el paciente  |  |
| <b>N</b> Conocimiento (entrega de información)<br>( <i>Knowledge</i> )        | Comunicarse adecuadamente<br>( <i>Communicate well</i> )  | Advertencia e Información<br>( <i>Announce</i> )  | 4. Expresión de una señal de alarma  | <b>R</b> Revelar información   |
| <b>A</b>  |   |   | 5. Conversación sobre la mala noticia delicadamente  | Breve advertencia<br>( <i>Warn</i> )<br><br>Dar la noticia lenguaje y tiempos adecuados<br>( <i>Tell</i> ) |
| <b>S</b>  |   |   | 6. Reconocimiento del malestar y emociones   |  |
| <b>E</b> Emociones. Respuesta a reacciones emocionales<br>( <i>Emotions</i> ) | Lidiar con las reacciones de paciente y familia<br>( <i>Deal with patient-family responses</i> )<br><br>Favorecer y validar emociones<br>( <i>Encourage and validate feelings</i> ) | Respuesta a reacción emocional<br>( <i>Kindling</i> )   | 7. Reconocimiento y categorización de las preocupaciones   | <b>C</b> Contener emociones  |
| <b>S</b>  |   |   | 8. Evaluación de la actual necesidad de información del paciente   | Respuesta a las emociones<br>( <i>Emotional response</i> )   |
| <b>E</b> Estrategia futura<br>( <i>Strategy</i> )                             |   | Resumen de la sesión y plan<br>( <i>Summarize</i> )   | 9. Determinación de la red de apoyo<br><br>10. Establecimiento del tipo de ayuda disponible para después | <b>A</b> Acordar un plan de acción conjunto  |

Con excepción de sucesos súbitos (emergencias), el paciente vive una trayectoria en el sistema de salud, más o menos informada y participativa. En cada nivel de atención, los profesionales contribuyen al conocimiento y responsabilidad que tiene el paciente sobre su condición de salud. Empero, tiende a ocurrir que la CMN se va retrasando, delegando, evitando, por diversos motivos (deseo de no dañar o desestabilizar al paciente; culpa y frustración vinculados a responsabilidad de lograr curación; y otros)<sup>14,16,17</sup>.

En cualquier caso, ingresar a cuidados paliativos desconociendo su real condición de salud, habiendo sido atendido o sometido a cirugías previas y firmado consentimientos informados, es porque todo el sistema de salud falló<sup>18</sup>.

El proceso de CMN tampoco finaliza con la entrega de información. El propósito es que, respetando los derechos y la dignidad del paciente, éste vaya asimilando la información, logre lidiar con la nueva realidad que enfrenta y pueda ir tomando decisiones, muchas veces difíciles, acordes a cada momento que va viviendo.

## 2. Mecanización versus Reflexividad

Los protocolos de CMN pautean y rigidizan el intercambio comunicacional hasta el punto de distanciar al profesional del paciente, llevándolo a desconocer sus temores, necesidades, preferencias y tendiendo a disociar también su experiencia<sup>19,20</sup>.

La CMN no puede abordarse sacrificando la espontaneidad y experiencia del profesional. La mecanización de esta tarea impide que se atienda a lo que está ocurriendo en el aquí y ahora, y que se reflexione flexible y abiertamente sobre el curso de acción más adecuado en cada caso<sup>21,22</sup>.

La medicina permite sistematizar evidencias y proponer guías o protocolos para abordar determinadas patologías o situaciones de salud, pero no es lo mismo con la CMN, en cuyo caso el desafío ético-reflexivo está en que, conociendo los protocolos, se evalúe cada caso para abordarlo de manera personalizada. El uso de protocolos resulta insuficiente si no se acompaña de una práctica reflexiva y consciente de las necesidades del paciente y su familia, valorando y reconociendo el aporte y experiencia del profesional.

## 3. Carácter general versus contextual

La CMN es contextual, por lo que se requiere del juicio, experiencia y prudencia del profesional,

para evaluar de manera integral qué es conveniente en cada situación particular, reconociendo al menos los factores situacionales, socio-culturales y personales involucrados.

Existen distintos tipos de malas noticias y contextos médicos. La mayor parte de los protocolos se han desarrollado para oncología, pero existen otros desafíos, por ejemplo: enfermedades crónicas; patologías mentales; accidentes o emergencias; servicios de cuidado crítico; o el desafío vivido en pandemia, la CMN por vía remota. Lo anterior ocurre en una institución determinada, que impone su impronta, con marco definido, generando posibilidades y estableciendo limitaciones.

Estudios culturales señalan la necesidad de proponer guías adecuadas a las realidades locales<sup>23</sup>. En esta línea, adquiere cada vez más relevancia la sensibilidad o competencia cultural del profesional para atender la cosmovisión del paciente y tomar decisiones respetuosas de la diversidad de valores, creencias y posibilidades de los sujetos que atiende<sup>24</sup>.

Ya se ha mencionado la heterogeneidad y unicidad de los pacientes. Llama la atención que los protocolos solo sugieran explorar la información que posee y desea recibir el paciente en el momento de la interacción, y no se recomiende considerar datos sobre quién es la persona que está enfrente, cuál ha sido su historia, sus planes de vida y su red de apoyo<sup>19</sup>. Los pacientes varían en sus preferencias, necesidades, creencias y actitudes por lo que es esencial una práctica personalizada y centrada en el paciente<sup>25,26</sup>.

Ahora bien, es importante reconocer que también los profesionales varían en sus características, preferencias y competencias. Como ya refería Balint<sup>27</sup> en los años 50, los médicos crean sus propias "atmósferas" y los pacientes se benefician de diversas atmósferas. Por tanto, más que intentar estandarizar el intercambio comunicacional, el desafío es conocer y potenciar la atmósfera propia y reflexionar sobre los valores que la sustentan.

## 4. Relación diádica versus relación grupal: médico-equipo / paciente-familia

Los protocolos describen entrevistas diádicas y los médicos son entrenados para entrevistar un paciente individual. Cuando se presentan eventos de salud que cambian el curso de la vida de las personas, en nuestra cultura, incluso en situaciones

habituales, los pacientes acuden a los servicios de salud acompañados, por esto se sugiere formación en manejo grupal<sup>28,29</sup>.

El rol de los familiares, ya sea como apoyo o fuente de conflicto, es omitido en los protocolos dejando un gran vacío. Situaciones complejas que enfrentan los médicos es la solicitud que hace la familia de ocultar información al paciente. Es posible también, que el paciente no desee que su familia conozca toda la información sobre su condición de salud. Más allá de la buena intención de protección mutua que puedan tener, por diferentes motivos o dinámicas de cada familia, estas demandas muchas veces colisionan con los derechos del paciente y generan dilemas éticos en los profesionales al verse confrontados al imperativo ético de entregar información veraz.

Por su parte, el médico tampoco está solo con el paciente y su familia. Los pacientes interactúan con diversos miembros del equipo de salud e intercambian información con todos ellos. Evidencia nacional e internacional muestra la falta de transferencia de información al interior del equipo de salud y cómo esta situación genera errores, confunde e incluso puede llegar a poner en riesgo a los pacientes<sup>20,30</sup>.

Si bien la literatura sobre la CMN ha estado centrada en los médicos, actualmente otros profesionales, principalmente enfermeras, han comenzado a prepararse en el tema, destacando el rol intermediario que ejercen al ayudar a los pacientes a interpretar y clarificar la información recibida<sup>19</sup>. Diversos estudios muestran los beneficios que tiene coordinar la labor de los médicos con el personal de enfermería para el acompañamiento del paciente y su familia<sup>31,32</sup>. Esta coordinación del equipo de salud no solo beneficia a los pacientes y a sus familias, sino también a los profesionales. Así como paciente y familiares necesitan apoyo, contención y acompañamiento por parte de los profesionales, éstos a su vez, necesitan un sistema de trabajo en equipo que les apoye y contenga.

### **5. Contención de las emociones vs vinculación y reconocimiento del mundo afectivo**

Los protocolos suelen incluir una fase de respuesta a las reacciones emocionales del paciente y familiares. Sin duda se avanza al reconocer la importancia de otorgar espacio y tiempo a la experiencia emocional de recibir una mala noticia, y al resaltar la respuesta del profesional a ésta. Sin

embargo, persisten desafíos que afectan todo el proceso de CMN y de toma de decisiones en salud.

Primero, resulta algo forzado esperar la reacción emocional de una persona como fase pre-determinada en un proceso comunicativo. Es preferible concebir la respuesta a las emociones del paciente como un objetivo transversal y permanente a la atención clínica. Además, la reacción emocional singular, tiene sentido en el contexto de un proceso afectivo mayor. Es decir, aun aplicando los protocolos y focalizándose en la reacción emocional que surge al recibir cierta información, se necesita comprender que ésta es parte de un proceso de asimilación y adaptación a una nueva realidad, similar en muchos sentidos a un duelo<sup>33</sup>.

Finalmente, la respuesta del profesional que, de acuerdo a los protocolos debe ser empática y contenedora, no puede prescribirse. No se trata de conductas (verbales y no verbales) que se ensayan e implementan cuando se desea. Difícilmente puede actuarse empáticamente si no se siente empatía. Más bien se trata de establecer un vínculo que permite conectarse con aquello que está experimentando el paciente. Es la experiencia vincular la que genera espontánea y genuinamente una actitud empática. Este vínculo involucra la totalidad de la persona, del paciente y del profesional (su historia, características, valores). Por lo tanto, las emociones del profesional, su autoconocimiento y auto-regulación, juegan un rol central.

En definitiva, resulta irreal acotar una dimensión humana básica y relevante como la afectividad, a una reacción emocional discreta en un momento determinado, así como también pensar que ésta se dará solamente en quien recibe la CMN y no en quien la entrega.

Las emociones, objeto de estudio evadido no sólo en medicina, sino que en muchas otras disciplinas, son usualmente concebidas como fenómenos disfuncionales, disruptivos e indeseados, en comparación con la razón<sup>34</sup>. Sin embargo, como señalan Guedes y Estramiana (2010), lo paradójico es que cuanto más se intenta separar emoción y cognición más se observa que estos procesos se encuentran indisolublemente vinculados<sup>43</sup>.

La evidencia ilustra cómo la percepción de riesgos y toma de decisiones en salud son influidos por las emociones<sup>35</sup>. Lo interesante es que esto aplica para todos, es decir, tanto para pacientes y familiares como para profesionales y técnicos de

**Tabla 2. Diferencias entre enfoques de los Protocolos para la CMN y Propuestas de complementación**

| Protocolos  | Propuestas de complementación   |
|---|---|
| <b>Evento:</b> CMN como evento puntual para la entrega de una información de salud determinada  | <b>Proceso:</b> CMN como proceso a lo largo de la trayectoria del paciente en el sistema de salud   |
| <b>Mecanización</b> del uso del protocolo: uniformidad en el enfrentamiento de los casos  | <b>Reflexividad y flexibilidad:</b> integrar y validar la experiencia y análisis del profesional para enfrentar cada caso con sus particularidades  |
| <b>Carácter general:</b> no reconoce particularidades   | <b>Carácter contextual:</b> reconoce heterogeneidad y unicidad de los pacientes; distintos tipos de malas noticias y contextos médicos, institucionales, culturales   |
| <b>Relación diádica:</b> médico-paciente  | <b>Relación grupal:</b> médico/equipo de salud-paciente/familia   |
| <b>Respuesta y contención</b> a la reacción emocional   | <b>Comprensión, vinculación y reconocimiento del mundo afectivo</b> de los involucrados en el proceso de CMN, incluidos los profesionales   |
| <b>Resumen:</b><br>Genera seguridad y confianza en los profesionales; otorga un marco básico de acción para un evento informativo singular y pre-estructurado; propone una aproximación basada en etapas a cumplir; guía y generaliza la tarea de enfrentar el rol de las emociones como una situación a acoger de manera reactiva. | <b>Resumen:</b><br>Plantea la CMN como un encuentro humano esencialmente complejo y difícil; orienta a responder a objetivos del proceso, de manera reflexiva y flexible, permitiendo adoptar el mejor curso de acción en función de las necesidades particulares del paciente/familia; propone una mirada empática e integral de contexto; reconoce y valida la experiencia, sentimientos y emociones del profesional de salud involucrado, significando el rol central que ocupa la vinculación y la afectividad en este proceso. |

salud. El estado emocional del médico afecta su habilidad para interpretar los hechos, seleccionar lo relevante y tomar decisiones<sup>36</sup>.

El médico no sólo no puede desprenderse de su mundo afectivo sino que requiere de él para ver y significar al paciente como sujeto, limitar y emprender acciones de acuerdo a la vinculación con su estado y necesidades.

A continuación, la Tabla 2 resume las propuestas planteadas para enriquecer y complementar los protocolos de CMN.

## Discusión

La CMN es una tarea para la cual los profesionales de la salud pueden y deben formarse. No obstante, esto no se limita a la enseñanza-aprendizaje de un protocolo teórico determinado. Si bien los protocolos para la CMN son útiles y relevantes, especialmente porque generan seguridad y confianza

en los profesionales, éstos ofrecen orientaciones generales, pero no constituyen fórmulas cuya aplicación garantice el logro del proceso comunicativo. Por el contrario, la mera protocolización de la CMN corre el riesgo de reducir un encuentro esencialmente humano, profundo y complejo, a un evento informativo pre-estructurado y rígido.

Se ha destacado la CMN como un proceso vincular que requiere de la capacidad reflexiva, emocional y flexibilidad del profesional para actuar de acuerdo a las necesidades de un paciente/familia en particular, en un contexto de salud y una temporalidad determinados.

La sigla CERCA que se propone para abreviar los objetivos comunes de los distintos protocolos en sus fases, muestra que en todo proceso comunicacional se define un contexto acorde a las circunstancias del caso y que, permanentemente, se debe explorar el nivel de conocimiento, disposición y preparación del paciente y/o sus familiares, para ir recibiendo información y tomar decisiones.

Este proceso cognitivo-afectivo debe contemplar su participación y ser realizado acorde a sus necesidades y estado emocional.

Un objetivo ético de toda relación asistencial es acoger empáticamente la experiencia de la enfermedad del paciente y de su familia. Esta vinculación permite que pacientes y familiares puedan sentirse contenidos emocionalmente y seguros de que no serán abandonados.

La conceptualización de la CMN en base a objetivos, centra esta tarea en la relación asistencial, destacando la relevancia de la afectividad y orientando la búsqueda reflexiva y flexible del mejor curso de acción en función de las necesidades particulares del paciente y sus cercanos. Los objetivos CERCA, deben entenderse acorde a una conceptualización de la CMN como proceso en el tiempo, en el cual pueden participar distintos actores y que se orienta a la toma de decisiones en salud.

Pese a que existe acuerdo en la literatura respecto a que el aspecto central de la CMN y de toma de decisiones, es el procesamiento afectivo de la nueva realidad que se enfrenta, no ha sido fácil incorporar el mundo afectivo a la formación, investigación y, en general, al discurso y quehacer médico.

Mayor resistencia aún, ha tenido el incorporar el análisis del mundo afectivo de los profesionales de la salud, a pesar de la evidencia respecto a los indicadores de salud mental, *burnout*, fatiga de compasión o de empatía. En este ámbito, surge la necesidad de atender y definir el rol que poseen las autoridades de las instituciones de salud y centros formadores, más allá de la conciencia e iniciativas que desarrollan los propios profesionales, individualmente, para ayudarse.

La formación médica no contempla la entrega de habilidades o competencias para enfrentar situaciones de CMN, por lo que la disponibilidad de protocolos es sin duda un gran aporte en lo teórico, pero claramente no suficiente a la luz del análisis aquí realizado. Se abre así un campo de interés a investigar con los profesionales, explorando sus propias experiencias respecto de cómo los impactan estas situaciones, qué herramientas requerirían para estar mejor preparados para ello y qué recomendarían para una adecuada capacitación al respecto. En el contexto actual de pandemia que está viviendo el país y el mundo, esto se ha hecho más evidente y urgente.

## Referencias

1. I Maynard DW. Delivering bad news in emergency care medicine. *Acute Med Surg*. 2017; 4(1): 3-11.
2. Street R, Makoul G, Arora NK, Epstein R. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009; 74(3): 295-301.
3. Ahmady AE, Sabounchi SS, Mirmohammadsadeghi H, Rezaei A. A Suitable model for breaking bad news: review of recommendations. *J Med Res*. 2014; 1-15.
4. Baile WF, Buckman R, Lenzi R. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5(4): 302-11.
5. Rabow M, McPhee S. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *WJM* 1999; 171(4): 260-3.
6. Narayanan V, Bista, B, Koshy C. BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. *Indian Journal of Palliative Care* 2010; 16(2): 61-5.
7. Nardi TJ, Keefe-Cooperman K. Communicating bad news: a model for emergency mental health helpers. *Int J Emerg Ment Health* 2006; 8(3): 203-7. PMID: 16944793.
8. Villagran M, Goldsmith J, Wittenberg-Lyles E, Baldwin P. Creating COMFORT: A Communication-based model for Breaking Bad News, *Communication Education* 2010; 59(3): 220-34. DOI: 10.1080/03634521003624031.
9. Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Kubota K, Katsumata N, Uchitomi Y. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2014; 32(2): 166-72.
10. Hobgood C, Harward D, Newton K, Davis W. The educational intervention "GRIEV\_ING" improves the death notification skills of residents. *Adac Emerg Med* 2005; 12(4): 296-301.
11. McGuigan, D. Communicating Bad News to Patients: A Reflective Approach. *Nursing Standard* 2009; 23(31): 51- 6.
12. Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. Enhancing Physician-Patient Communication. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2002; 1: 464-83.
13. Lu E, Nakagawa S. A "Three-Stage Protocol" for Serious Illness Conversations: Reframing Communication in Real Time. *Mayo Clin Proc*. 2020; 95(8): 1589-93.
14. Borjalilu S, Karbakhsh M, Hosseini M, Sadighi S, Kavian A. Clinicians' Practice and Perception of Disclosure Model for Breaking Bad News to Breast Cancer Patients. *Arch Breast Cancer* 2018; 5(1): 15-25.
15. Marschollek P, Bąkowska K, Bąkowski W, Marschollek K, Tarkowski R. Oncologists and Breaking Bad News-

- From the Informed Patients' Point of View. The Evaluation of the SPIKES Protocol Implementation. *J Canc Educ* 2019; 34(2): 375-380.
16. Bascuñán ML, Roizblatt A, Roizblatt D. Comunicación de malas noticias. Un estudio exploratorio. *Rev. Med. Univ. Navarra* 2007;51(2):28-31.
  17. Madhusudan M, Srivastava P. Knowledge, attitude of clinician, administrators, nurses towards breaking bad news to patients. *Inter. Journal of Scientific Research* 2018; 7(3): 53-6.
  18. Bermejo JC, Villacieros M, Carabias R, Sánchez E, Díaz-Albo B. Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. *Medicina Paliativa* 2013; 20(2): 49-59.
  19. Dean A, Willis S. The use of protocol in breaking bad news: evidence and ethos. *International Journal of Palliative Nursing* 2016; 22(6): 265-71.
  20. Hinkle LJ, Fettig LP, Carlos WG, Bosslet G. Twelve tips for just in time teaching of communication skills for difficult conversations in the clinical setting. *Med. Teach.* 2017; 39(9): 920-5.
  21. Bousquet G, Orri M, Winterman S, Brugière Ch, Verneuil L, Revah-Levy A. Breaking Bad News in Oncology: A Met synthesis *J Clin Oncol* 2015; 33(22): 2437-43.
  22. Seifart C, Hofmann M, Bär T, Knorrenschild JR, Seifart U, Rief W. Breaking bad news-what patients want and what they get: Evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Ann Oncol* 2014; 25(3): 707-11.
  23. Fujimori M, Uchitomi Y. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. *Japanese Journal of Clin Oncol* 2009; 39(4): 201-16.
  24. Schiavo R. Culture and other influences on conceptions of health and illness. En: Schiavo R, Health Communication from theory to practice. San Francisco, CA: Jossey-Bass Ed.; 2014. p. 83-100.
  25. Fan Z, Chen L, Meng L, Jiang H, Zhao Q, Zhang L, Fang Ch. Preference of cancer patients and family members regarding delivery of bad news and differences in clinical practice among medical staff. *Support Care Cancer* 2019; 27(2): 583-9.
  26. Parker P, Banerjee S. Sharing Serious News With Cancer Patients: Strategies That Can Help. *Oncology Journal* 2018; 32(7): 334-8.
  27. Balint, M. The doctor, his patients and the illness. New York: International University Press, 1957.
  28. Albrecht TL, Eggly SS, Ruckderschel JC. Communicating with relatives/companions about cancer care. En Kissane DW, Bultz BD, Butow P, Finlay I, editores. *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care*. Oxford: Oxford University Press; 2010. p. 157-64.
  29. Laidsaar-Powell RC, Butow PN, Bu S, Charles C, Gafni A, Lam WW, et al. Physician-patient-companion communication and decision-making: a systematic review of triadic medical consultations. *Patient Educ Couns* 2013; 91(1): 3-13. doi: 10.1016/j.pec.2012.11.007.
  30. Kirby E, Kenny K, Oliffe J, Lewis S, Wyld D, Yates P, et al. Responses to a cancer diagnosis: a qualitative patient-centred interview study. *Support Care Cancer* 2020; 28(1): 229-38.
  31. Griffiths J, Ewing G, Wilson C, Connolly M, Grande G. Breaking bad news about transitions to dying: a qualitative exploration of the role of the District Nurse. *Palliat Med.* 2015; 29(2): 138-46. doi: 10.1177/0269216314551813.
  32. Bumb M, Keefe J, Miller L, Overcash J. Breaking Bad News: An Evidence-Based Review of Communication Models for Oncology Nurse. *Clin J Oncol Nurs.* 2017;21(5):573-580.
  33. Luengo Ch. María Ximena, Toledo D. Virginia, Fuentes C. M. Eugenia, Lobos G. Lucía, Molina C. Ramiro, Molina G. Temístocles. Adolescentes discapacitados: talleres de afectividad y sexualidad. *Rev Chil Pediatr* 2000; 71 (1): 24-31. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000100006>
  34. Damasio A. El error de Descartes. Santiago: Andrés Bello; 1996.
  35. Guedes SM, Estramiana JLA. Naturaleza y cultura en el estudio de las emociones. *Revista Española de Sociología* 2010;13:31-47.
  36. Mazzocco K, Masiero M, Carriero MC, Pravettoni G. The role of emotions in cancer patients' decision-making. *Ecancer* 2019; 13: 914. DOI: <https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.914>.