



ARTÍCULO ORIGINAL

¿Cómo transmite malas noticias el médico especialista? Estudio realizado con médicos especialistas del Hospital General de México

How do specialist physicians transmit bad news? Study done at the Hospital General de México

Alfonso Martín del Campo,¹ Raúl Romero-Cabello,^{2,3} Carlos Javier Sánchez,² Alionka Citlali P. Ángeles-Moreno,⁴ Raúl Romero-Feregrino,⁵ Juan José Bustamante-Rojano,¹ Rodrigo Romero-Feregrino.⁵

Resumen

Introducción: Una mala noticia es aquella que afecta drástica y negativamente la perspectiva de vida del paciente. Los médicos tienen que dar malas noticias, pero su comunicación es compleja.

Objetivo: Determinar cómo transmiten las malas noticias los médicos especialistas del Hospital General de México, a los enfermos terminales o a su familia.

Material y método: Se aplicaron 227 cuestionarios a 227 médicos de ambos sexos, que participaron voluntariamente y expresaron interés en el estudio.

Resultados: El ochenta por ciento de los médicos no han recibido educación para dar malas noticias, pero casi todos se enfrentan frecuentemente al hecho. El médico prefiere dar las malas noticias solo, y considera que se deben expresar al paciente o al familiar mediante preparación estratégica mental para cada paciente, sin elaboración previa de las mismas.

Discusión: La comunicación de malas noticias altera al médico.

Conclusión: Frecuentemente se dan malas noticias, se recomienda que deben darse en un área privada con alternativas de corto plazo para el paciente. Sólo unos cuantos médicos están preparados para esta responsabilidad, por lo que necesitan formación para ello, de tal manera que sea de manera adecuada y muy profesional.

Palabras clave: Malas noticias, educación médica, pacientes terminales, México.

1 Servicio de Salud Mental, Hospital General de México. México D.F., México.

2 Servicio de Infectología, Hospital General de México. México D.F., México.

3 Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F., México.

4 Servicio de Farmacología Clínica, Hospital General de México. México D.F., México.

5 Instituto para el Desarrollo Integral de la Salud. México D.F., México.

Correspondencia: Dr. Raúl Romero Feregrino. Instituto para el Desarrollo Integral de la Salud, Hospital General de México. Av. Cuauhtémoc 271 int. 101, Colonia Roma, Delegación Cuauhtémoc. C.P. 06700. México D.F., México. Teléfono: 5584 0843. Fax: 5584 3872. **Correo electrónico:** drraul@idisalud.com

Abstract

Introduction: *Bad news is one that affects the patient's life perspective in a negative and drastic manner. Physicians have to deliver bad news frequently but this represents a difficult and complex assignment.*

Objective: *The purpose of this study was to explore the way specialist physicians at the Hospital General de México deliver bad news to terminally ill patients and/or their relatives.*

Material and method: *We assessed 227 doctors of both sexes participating voluntarily in the study; all answered a structured questionnaire.*

Results: *Eighty percent had never been trained to deliver bad news, but almost all have to do it. They prefer to deliver bad news alone, and consider that they must be given to the patient or relatives through an individual mental strategic preparation, without previous preparation of the patient.*

Discussion: *Most doctors felt that delivering bad news is a stressful situation.*

Conclusion: *Bad news should be delivered in a private area using short term alternatives for the patient. Delivering bad news is a frequent activity, but just a few participants were prepared for this responsibility. Specialist physicians require training for this difficult task so they can achieve it in an adequate and professional manner.*

Keywords: Bad news, medical education, terminal patients, México.

» Introducción

Los profesionales de la salud nos vemos en la necesidad de dar malas noticias con bastante frecuencia, esto representa una difícil tarea. “Mala noticia” es aquella que afecta drástica y negativamente la perspectiva de la vida del paciente,¹ consiste en informar sobre una enfermedad crónica (por ejemplo, diabetes mellitus), enfermedades incapacitantes, degenerativas y progresivas (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer o de Parkinson, o tumores cerebrales) y enfermedades que no tengan curación (como el cáncer terminal), en conclusión, es aquella que en corto o mediano plazo determinará la muerte del paciente.² Existen otros aspectos como la selección del momento, circunstancia o tiempo, es decir, que en ocasiones inadecuadas muy particulares tenemos que dar una mala noticia. Por ejemplo, tenemos que hacer una cirugía urgente que llevará al paciente a cancelar un viaje o un festejo. O en situaciones familiares, como informar a la paciente que en algunos casos podría ser recomendable no embarazarse debido a que ella sufre un trastorno bipolar o esquizofrénico. De parte de los profesionales de la salud existe resistencia a dar las malas noticias, porque genera estrés, intensas emociones, sensaciones de responsabilidad por la noticia a dar y temor a una evaluación negativa.³

Algunos especialistas como Elizabeth Klüber Ross, han establecido que los profesionales de la salud

se distancian de sus pacientes moribundos por su propio miedo a morir, y para protegerse de la frustración y la impotencia. Esta pionera de los cuidados paliativos, contribuyó de manera fundamental para que la formación sobre la muerte y el morir hagan parte del currículum de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica.^{4,5} Sin embargo, en México esta formación sobre “cómo dar las malas noticias” no existe en el plan de estudios de la carrera de médico.

Uno de los derechos de los pacientes es que el médico le proporcione una información detallada cuando la solicite, tanto del diagnóstico, pronóstico y tratamiento, como de la eficacia y secuelas del mismo. Esta información tendrá que ser veraz y confortable, este aspecto representa una obligación para el médico o profesional de la salud, el cual debe proporcionar la información relacionada con cualquier paciente, ya sean buenas o malas noticias. Sin embargo, no en todos los casos existe la capacidad o la voluntad de brindar la información de forma adecuada, debido a que como se mencionó anteriormente, no hay una formación sobre el tema.

Comunicar malas noticias es una tarea no placentera, porque los médicos no desean quitar la esperanza al paciente, y se teme la reacción de éste o sus familiares. También, así como tener que enfrentar una respuesta emocional determinada de difícil solución.⁶

Ante esta situación se deben tomar en cuenta los factores sociales (cultura, riqueza, entre otros), factores del paciente (conocimiento de la enfermedad) y factores del médico (miedo, culpa, poca formación, desconocimiento, entre otros).⁷

En estudios sobre comunicación del diagnóstico de cáncer, se demuestra que la información se facilita sólo si la solicita el paciente, aún en contra de la opinión de la familia, generalmente ésta es la que se opone a dar la noticia al paciente en la mayoría de los casos, y no eluden hablar de diagnóstico y pronóstico, pero les parece muy duro. Los efectos de una buena comunicación son positivos, se disminuye la ansiedad, el aislamiento emocional, la oposición y agravamiento de otras conductas desadaptativas o disfuncionales, se aumenta la capacidad para tomar decisiones, mejora el proceso de adaptación psicológica del paciente y favorece la realización de objetivos terapéuticos.⁸

Se realizó un estudio en Chile donde se exploró la práctica de la comunicación de malas noticias en distintos servicios hospitalarios, se observó que la comunicación de malas noticias es una práctica frecuente para la cual no se ha tenido formación, generando preocupación e interés en los servicios hospitalarios, donde no se dispone de un procedimiento acordado, y cada profesional ha desarrollado sus estrategias a partir de la experiencia. El informar al paciente es visto como un deber ético, pero en muchos casos, éste es interferido por la presión familiar.⁹

Los interesados en recibir las noticias son tanto el paciente como los familiares, y una mala noticia altera la perspectiva del paciente o familiares responsables, en relación a la salud y el futuro, con múltiples implicaciones emocionales, biológicas y legales. Transmitir una mala noticia de forma inadecuada, es decir, de forma drástica y sin empatizar con la situación que vive el paciente, hace que el médico ejerza esa tarea de manera áspera y errática. Además, se ha visto que el médico, en general, no acepta su falta de habilidad, ni falta de capacitación para comunicar al enfermo un diagnóstico terminal u otra mala noticia. Acercarse a una persona o una familia con una mala noticia, sin un plan adecuado para presentar la información en forma estructurada, es casi una garantía de que se generará mayor dolor emocional y la alteración de los receptores de la noticia.

Para manejar una crisis se debe desarrollar un plan estratégico para el anuncio de las malas noticias, ese plan debería llevar una ventaja de fase, es decir, una de transmisión y otra de seguimiento.¹⁰ Es importante preparar a las futuras generaciones de médicos en este tema, ya que es de gran relevancia.

El objetivo de este estudio es determinar cómo transmite las malas noticias, el personal médico del Hospital General de México (HGM).

» Material y método

Se elaboró un cuestionario a partir de la información obtenida de publicaciones sobre el tema y la experiencia de otros grupos, se citan las referencias. Después del análisis bibliográfico se tuvieron varias actividades individuales y reuniones del equipo, donde se fue integrando el machote de entrevista y la forma de realizarla.^{2,5,7,9-12} Se invitó a participar en forma directa a médicos especialistas, previa explicación del proyecto. De forma voluntaria participaron 227 médicos de ambos sexos, con algún nivel de especialización (**Tabla 1**). Se aplicó el cuestionario y un análisis exclusivo para personal médico de diferentes especialidades del HGM, Hospital que es un centro de alta especialidad y de referencia de otras instituciones. Las entrevistas se llevaron a cabo durante dos meses seguidos, de manera que no se presentaran cambios de personal en las áreas clínicas. Creamos una estrategia de reflexión, discusión y decisión al categorizar la noticia, tratando de dar el comunicado a quien lo sufre, con el mayor profesionalismo y ética posible, al realizar el análisis y discusión dando veracidad a la forma y a las habilidades que se deben tener para comunicar una “mala noticia”, tarea nada fácil de realizar. También se adecuaron las respuestas a nuestro medio cultural y social.

Análisis estadístico

Se aplicó estadística descriptiva para las variables de género y grupo de años de experiencia. Para evaluar posibles diferencias entre las poblaciones, se aplicó una prueba *t* de Student.

Con la finalidad de evaluar posibles diferencias en la habilidad para dar las malas noticias, entre los grupos de médicos con experiencia de más de 10 años y los de menos de 10 años y/o de acuerdo al género, se realizó un análisis Kruskall-Wallis (análisis de varianza para datos no paramétricos), para evaluar las preguntas que tienen más de una posible respuesta (preguntas dos y cuatro). Para el resto de las preguntas con respuestas dicotómicas, se aplicó un análisis no paramétrico empleando una prueba *jí cuadrada*.

Se realizó un análisis de varianza para evaluar las posibles diferencias entre la edad, el género y el número de años de especialización.

» **Tabla 1.** Datos demográficos de la muestra encuestada de médicos especialistas del HGM. **A)** Género. **B)** Edad. **C)** Años de especialistas.

Género	Femenino		Masculino	Total
	81		146	227
	35.70%	64.30%	100%	

Edad (años)	Femenino		Masculino	
	Promedio	Desviación estándar	Promedio	Desviación estándar
	35.2	11.9	42.4	15.4

Se encontró diferencia significativa en las edades de cada género ($p=0.0006$).

Años de especialista	De 0 a 10 años	11 a 20 años	21 a 55 años
	62.70%	14.60%	22.70%

» Resultados

De los médicos especialistas encuestados, el 35.70% correspondieron al sexo femenino y 64.30% al masculino. La edad promedio en mujeres fue de 35 años y en hombres de 42 años. En relación al tiempo de trabajo como médicos especialistas, la mayor parte de los profesionales tenían menos de 10 años de trabajo, correspondiendo a un 62.70%, entre 21 y cinco años un 22.70% y de 11 años a 20 un 14.60% (**Tabla 1**). Se puede observar que las proporciones en las respuestas son semejantes.

De acuerdo a las preguntas de la encuesta, se detecta una ligera diferencia (sin ser significativa) en la pregunta dos (frecuencia con la cual se dan malas noticias), para los médicos con menos de 10 años de especialidad y los que tienen más de 10 años de especialidad, en las respuestas: *muy frecuente* y *poco frecuente*. El grupo de médicos con menos o igual a 10 años de especialidad contestaron que el 32.6% es *muy frecuente*, mientras que para los médicos con más de 10 años de especialidad sólo el 26%. Y en *poco frecuente*, el grupo de médicos con 10 o menos años de especialidad contestó el 25%, mientras que para el grupo de médicos con más de 10 años de especialización fue un 35% (**Tabla 2**).

Se observa diferencia significativa entre médicos con pocos años de especialización (menos de 10 años) y los médicos con más de 10 años de especialización,

en cuanto a la preparación de una estrategia para dar a conocer una mala noticia (pregunta ocho).

La mayoría de los médicos con más de 10 años de especialización preparan una estrategia para dar a conocer las malas noticias (80% si prepara y 20% no prepara), mientras que los jóvenes no (63% si prepara y 36 no prepara) ($p=0.01$) (**Tabla 2**).

También, se observó diferencia significativa entre médicos con pocos años de especialización y más de 10 años de especialización, en lo referente a si les afecta o no dar a conocer las malas noticias (pregunta 14). Al grupo de médicos con menos de 10 años de especialización no les afecta el dar una mala noticia (48% si le afecta, 51% no le afecta), comparado con el grupo de médicos con más de 10 años de especialización (73% si le afecta, 26.5% no le afecta) ($p=0.0003$) (**Tabla 2**).

Se realizó una prueba *t* de student para evaluar posibles diferencias con respecto a la edad y no hay diferencia significativa entre sexos, considerando el grupo de edad (**Tabla 3**).

Se encontró que las personas de mayor edad, son quienes están agrupados en más de 10 años de especialidad. Además, se observa una diferencia significativa entre las edades del grupo de menos de 10 años de especialidad, en comparación con los que tienen más de 10 años de especialidad. También, se presenta una diferencia significativa en la interacción de sexo por grupo de años, esto significa que el grupo de mujeres con más de 10 años de especialidad tienen menor edad que los hombres con más de 10 años de especialidad. En el grupo de menos de 10 años de especialidad no hay diferencia significativa (**Tablas 4 y 5**).

» Discusión

Todos los médicos encuestados participaron de buen grado, y expresaron que este tema les parecía importante. Es relevante mencionar que los médicos encuestados en nuestro estudio, coinciden en mucho con otras instituciones, donde se han hecho estudios similares,⁹ puesto que cercano al 80% de la población estudiada, no han recibido entrenamiento de cómo dar las malas noticias. Como refiere Alves de Lima, dar a conocer malas noticias es una de las tareas más difíciles para los profesionales de la salud y se necesita para hacerlo, idealmente haber recibido educación y entrenamiento.⁷

En cuanto a la frecuencia en que se dan las malas noticias, casi todos los encuestados (97.8%) se enfrentan al hecho de dar malas noticias, pero la tercera

» **Tabla 2.** Cuestionario de “Malas noticias” aplicado a los médicos especialistas de ambos sexos del HGM (n=227), con el porcentaje de respuesta en general, por sexo y años de especialidad.

		Hombres	Mujeres	<10 años	>10 años
1 ¿Durante su formación ha recibido algún entrenamiento de cómo dar las malas noticias? SI (22.5%) NO (77.5%)	Si	17.3	5.3	11.6	11.1
	No	47.1	30.2	51.1	26.2
MUY FRECUENTE (30%) FREC (37.4%) POCO FREC (30.0%) NUNCA (2.2%)					
2 ¿Qué tan frecuente da usted malas noticias? SI (42.7%) NO (57.3%)		Hombres	Mujeres	<10 años	>10 años
	Si	29.3	13.8	37.3	27.1
FAMILIAR (19.8%) TRABAJADOR (9.3%) AMBOS (19.8%) INNECESARIO (51.1%)					
3 ¿Para dar malas noticias prefiere estar acompañado? SI (42.7%) NO (57.3%)		Hombres	Mujeres	<10 años	>10 años
	Si	53.3	32.2	25.1	10.6
4 Si la respuesta anterior fue SI ¿acompañado de un familiar del paciente o de un trabajador de la salud? SI (68.3%) NO (31.3%)		Hombres	Mujeres	<10 años	>10 años
	Si	43.3	25.9	42.9	26.3
8.4					
5 ¿Usted da las malas noticias, sólo por petición del paciente o familiar? SI (14.5%) NO (85.5%)	Si	11.0	3.5	37.0	27.3
	No	55.8	33.2	57.5	31.4
6 ¿Usted da las malas noticias sin solicitud del paciente o familiar? SI (68.3%) NO (31.3%)		Hombres	Mujeres	<10 años	>10 años
	Si	20.9	9.8	19.7	11.2
7 ¿Sigue usted una guía para dar las malas noticias? SI (11.0%) NO (89.0%)		Hombres	Mujeres	<10 años	>10 años
	Si	46.0	23.5	39.4	30.1
8 ¿Para dar malas noticias prepara una estrategia específica para cada paciente? SI (69.6%) NO (30.4%)		Hombres	Mujeres	<10 años	>10 años
	No	18.6	11.9	23.0	7.5
9 ¿Para dar una mala noticia prepara previamente al paciente y a sus familiares? SI (83.3%) NO (16.7%)		Hombres	Mujeres	<10 años	>10 años
	Si	53.9	29.2	52.7	30.5
10 ¿Las malas noticias las da en alguna área privada para conversación? SI (89.9%) NO (10.1%)		Hombres	Mujeres	<10 años	>10 años
	Si	10.6	6.2	9.7	7.1
11 ¿Cuándo da malas noticias prepara alternativas para el paciente? SI (85.9%) NO (14.1%)		Hombres	Mujeres	<10 años	>10 años
	Si	58.4	31.4	57.0	32.7
12 ¿Busca presentar ejemplos para mejor comprensión del paciente? SI (89.4%) NO (10.6%)		Hombres	Mujeres	<10 años	>10 años
	Si	6.2	3.9	5.3	4.9
13 ¿Considera obligación dar las malas noticias? SI (79.3%) NO (20.7%)		Hombres	Mujeres	<10 años	>10 años
	Si	9.3	4.9	9.3	4.9
		Hombres	Mujeres	<10 años	>10 años
	Si	57.9	31.4	55.8	33.6
		Hombres	Mujeres	<10 años	>10 años
	No	6.6	3.9	6.6	3.9
		Hombres	Mujeres	<10 años	>10 años
	Si	12.9	7.1	10.2	9.8

» **Tabla 2.** Continuación.

		Hombres	Mujeres	<10 años	>10 años
14 ¿Le afecta personalmente dar las malas noticias? SI (56.8%) NO (42.7%)	Si	35.8	21.9	30.4	47.2
	No	28.6	13.9	56.6	17.0
15 ¿Evita en lo posible dar las malas noticias? SI (23.3%) NO (76.7%)		Hombres	Mujeres	<10 años	>10 años
	Si	13.8	9.8	12.4	11.1
16 ¿Ha mentido usted al dar una mala noticia? SI (11.9%) NO (88.1%)		Hombres	Mujeres	<10 años	>10 años
	Si	8.9	3.1	5.8	6.2
17 ¿Se considera inadecuado para dar las malas noticias? SI (19.4%) NO (80.6%)		Hombres	Mujeres	<10 años	>10 años
	Si	11.1	8.4	13.8	5.8
	No	53.3	27.1	48.9	31.6

<10 años = más de 10 años de especialista; >10 años = más de 10 años de especialista.

parte (30%) lo hacen *muy frecuentemente*, otra tercera parte (37.4%) *frecuentemente*, por lo tanto, casi el 70% se enfrenta a esta situación a menudo. A diferencia de un 30% que da malas noticias con *poca frecuencia*, y sólo el 2.2% que *nunca* lo hace. Se observa que en el HGM, el enfrentar la situación de dar malas noticias es una actividad que forma parte del quehacer médico diario, aunque es claro que la mayoría de los médicos no están preparados para ello. Además, que evidentemente esta tarea médica como lo refiere Muller no es placentera,¹¹ porque nadie quisiera quitarle las esperanzas a un paciente.

También se observó, que indistintamente el médico prefiere dar las malas noticias solo (51.1%) o acompañado (48.9%). De hecho, la mitad de los médicos considera innecesario estar acompañado y, de los que prefieren estar acompañados hay ligera preferencia de contar con un familiar del paciente (19.8%) que en relación a un trabajador de la Institución (9.3%), incluso hay compañeros médicos que prefieren contar con la presencia de un familiar y un trabajador (19.8%). Nos parece interesante que un poco más de la mitad de los médicos, no sólo prefieren dar las malas noticias solos, sino de alguna manera al optar por la opción *innecesario*, probablemente conlleve la idea de que estar acompañado hace más difícil el hacerlo. Bascuñán en 2007, propuso que como facilitador de la comunicación de malas noticias es conveniente involucrar no sólo a los pacientes,

» **Tabla 3.** Distribución de la población estudiada por edad y sexo.

Grupo	Promedio	Error estándar
Hombres	47.410	2.743
Mujeres	43.394	2.786
Grupo	Promedio	Error estándar
10 o menos	29.591	0.696
Más de 10	54.614	0.993
.	52.000	5.737

sino también a los familiares. En lo particular, nosotros consideramos que al participar con un familiar o con un compañero de trabajo idóneo, logramos mejor comunicación con disminución de la tensión y sobre todo con la posibilidad de buscar mejores y más claros caminos a seguir a corto plazo. No hay que perder de vista, que como ya ha sido estudiado es mucho mejor cuando el paciente y su entorno conocen el diagnóstico y pronóstico, ya que pueden compartir el sufrimiento y vivir este periodo del final de la vida, de forma más significativa.⁵ La familia será el principal soporte emocional y físico del paciente, serán quienes cuidarán del paciente y por tanto, deben estar bien informados para ser nuestros aliados y así, romper las barreras de comunicación con el enfermo.^{12,13}

El personal médico del HGM considera en su mayoría, que las malas noticias se deben dar al paciente

» **Tabla 4.** Análisis de varianza.

Fuente de variación	Grados de libertad (gl)	Suma de cuadrados	Cuadrado medios	F	p
Sexo	1	69.476	69.476	1.055	0.305
Grupo años	2	28436.633	14218.316	215.972	<0.001
Sexo por grupo años	2	525.718	262.859	3.993	0.020
Residual	221	14549.348	65.834		
Total	226	53876.907	238.393		

» **Tabla 5.** Diferencias significativas en interacción sexo y edad.

Grupo	Promedio	Error estándar
Hombres x 10 o menos	30.393	0.885
Hombres x más 10	58.836	1.039+++
Hombres x sin respuesta	53.000	8.114
Mujeres x 10 o menos	28.789	1.075
Mujeres x más 10	50.391	1.692++++
Mujeres x sin respuesta	51.000	8.114

o al familiar, independientemente de si lo soliciten o no, además sin seguir una guía o procedimiento. Eso sí, con una preparación estratégica mental para cada paciente, y sin haber hecho previamente ninguna preparación del paciente o sus familiares. También, hemos de considerar que hay diversas situaciones del paciente y sus familiares en relación a ocultar o a informar sobre un diagnóstico o pronóstico, es frecuente que se nos solicite ocultar o modular la noticia, o que algunos pacientes directamente mencionan que no quieren saber. Legalmente no hay una precisión, sin embargo en algunos países la norma deja claro que es una necesidad el informar,⁸ sin olvidar que las expectativas de los participantes son diferentes, entre lo que el médico quiere decir y lo que el paciente y familiares quieren saber.⁷

Las malas noticias de acuerdo a nuestros médicos se deben dar de preferencia, en un área privada (89.9%), y tener preparadas una o varias alternativas de corto plazo para ofrecerle al paciente (85.9%), ejemplificándolas para una mejor comprensión (89.4%). Ayarra y colaboradores proponen buscar un espacio físico adecuado de privacidad y sin teléfono para evitar interrupciones, así como un tiempo sin prisa para informar y responder a las emociones, que se despertarán en paciente y familiares.⁵

El personal médico del Hospital considera que dar las malas noticias es una obligación y no lo evita, además de que se considera el rol adecuado para cumplir con esta función. Estamos de acuerdo con el grupo español encabezado por Bascuñan, en relación a que la comunicación de malas noticias es una práctica inherente a la medicina, aunque este proceso genere conflictos en la relación médico-paciente e insatisfacción para ambos.⁹

Un poco más de la mitad de los profesionales en nuestro Hospital, consideran que les afecta la comunicación de las malas noticias, y sólo el 11.9% manifiestan que han mentido al informar las malas noticias. El papel del médico como informador no debe olvidar, el hecho de que también es un ser humano que fue educado para aliviar dolores físicos y biológicos, pero no los dolores que provocan informar malas noticias, y por tanto es razonable que el médico se resista a causar este tipo de dolor.⁷

» Conclusiones

Del presente trabajo podemos concluir que los médicos del HGM encuestados son conscientes de que como parte de la actividad profesional, con frecuencia se deben dar malas noticias.

Queda patente que menos de la cuarta parte de los médicos especialistas tuvieron una preparación para cumplir con esta actividad, y queda claro que cada médico va desarrollando una forma de hacerlo, modelado por su personalidad, su experiencia, su entorno y sus compañeros de trabajo.

Tal vez lo más trascendente es que los médicos especialistas manifestaron en su mayoría, que no están preparados para cumplir con esta actividad.

En este trabajo hemos identificado que existe la necesidad de tomar acciones en la formación del médico, para transmitir malas noticias en forma adecuada y muy profesional.

Referencias

1. Fujimori M, Uchitomi Y. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systemic literature review. *Jpn J Clin Oncol* 2009;39:201-216.
2. Mitchell JT. A short guide to giving bad news. *Int J Emerg Ment Health* 2008;10:197-201.
3. Baile W, Buckman R, Lenzi R, et al. Spikes-a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000;5:302-311.
4. Payás A, Kubler-Ross E. Psicooncología. Vol 1. Madrid. Asociación de Psicooncología de Madrid. 2004. 287-288.
5. Ayarra M, Lizarraga S. Malas noticias y apoyo emocional. *ANALES Sis San Navarra* 2001;24:55-63.
6. Muller P. The SPIKES approach can make this difficult task easier. *Postgraduate Medicine* 2002;112:1-6.
7. Alves de Lima AE. ¿Como comunicar las malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? *Rev Argent Cardiol* 2003;71:217-220.
8. Muñoz FA, Fernandez S, Parada E, et al. Comunicación de malas noticias. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2001;28:350-356.
9. Bascuñán ML, Roizblatt A, Roizblatt D. Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio. *Rev Med Univ Navarra* 2007;51:28-31.
10. Mitchell JT. A short guide to giving bad news. *Int J Emerg Ment Health* 2008;10:197-201.
11. Gómez M. Cómo dar las malas noticias en Medicina. Madrid. Editorial Aula Médica. 1996. 50-59.
12. Colell R, Fontanals A. Principios de comunicación. Como dar malas noticias. *Clínica rural* 1997;486:12-22.