



Aspectos éticos, legales y psicológicos en la comunicación de un diagnóstico médico

María Die Trill

Coordinadora, ATRIUM: Psico-Oncología y Psicología Clínica

PALABRAS CLAVE

Comunicación médico-paciente
Diagnóstico
Ética
Legal

Resumen En esta era en la que tanto se está desarrollando la medicina personalizada, adaptar la comunicación de la información diagnóstica a los valores y preferencias concretas de cada individuo y su familia es esencial. En este contexto surgen numerosos retos a los que el profesional debe enfrentarse. La mayor presencia de pacientes culturalmente diferentes, la cronicidad de enfermedades graves, la creciente complejidad del proceso de toma de decisiones médicas, la necesidad de actuar en un contexto legal y ético y la mayor información que poseen los pacientes acerca de su condición acentúan la necesidad de que los médicos posean los conocimientos y habilidades para comunicarse de forma eficaz en el entorno sanitario. Poder centrar el diagnóstico de una enfermedad grave en un marco de esperanzas realistas, enfrentarse a las pérdidas y al deterioro de los enfermos y respetar la autonomía del paciente requerirían, igualmente, un trabajo personal básico que se considera necesario para llevar a cabo un trabajo asistencial óptimo.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Doctor-patient communication
Diagnosis
Ethics
Legal

Communicating diagnostic information: ethical, legal and psychological aspects

Abstract The current development of personalized medicine together with an increased interest in a more humane medical practice require that patients' preferences and value systems be identified in the process of communicating diagnostic information. Physicians are confronted with many challenges in this context. The increased presence of culturally diverse patients, the current chronicity of serious illnesses, the increased complexity of medical decision-making, the need to act within legal and ethical contexts established in many countries, and the medical knowledge that patients currently have, emphasize physicians' needs of receiving formal communication skills training. Being able to communicate realistic hope in the context of a serious illness, being exposed to patients' physical and psychological deterioration and suffering on a daily basis, and respecting patients' autonomy in difficult situations equally requires a basic training in elaborating one's feelings adequately in order to develop efficient communication skills with patients and their families.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La transmisión de un diagnóstico médico está equiparada en medicina a la transmisión de malas noticias, entendiendo como tal cualquier noticia que afecta seria y adversamente a la visión que tiene el paciente de su futuro¹. Esta definición hace referencia a la brecha que existe entre las expectativas que tiene el paciente de su futuro y la realidad médica, y de ahí que se consideren “malas” noticias. Implica, por tanto, un componente de valoración subjetiva por parte del enfermo. Este es un punto importante, dado que distingue las malas noticias de otro tipo de información emocionalmente neutral transmitida al paciente en el contexto sanitario, como, por ejemplo, información acerca de los tratamientos. Además, hace referencia al hecho de que lo que el médico puede considerar buenas noticias (“Me alegra decirle que podemos extirpar este nuevo tumor”) puede ser vivido por el enfermo con angustia (“Dios mío...Creo que no podré soportar una cirugía más”). Es por ello esencial descubrir no solo las expectativas que tiene el paciente sobre su situación, sino también su nivel de comprensión de la condición médica como parte de este proceso de interacción médico-paciente.

La transmisión de información diagnóstica es un proceso. No consiste en un solo acto aislado que finaliza una vez que el profesional haya explicado la situación médica al enfermo, sino que debe continuar a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. Esto adquiere especial importancia en la actualidad, dado que los avances médicos han cronificado las enfermedades graves de una forma significativa y, como en el caso del cáncer, la esclerosis múltiple u otras, muchas de estas enfermedades se caracterizan ahora por periodos alternantes de remisión, seguimiento y recidiva, de modo que los pacientes pueden recibir información diagnóstica en varios momentos del proceso de la enfermedad, que incluyen el diagnóstico inicial, el de una recaída, el de progresión de la enfermedad y el de la transición a cuidados paliativos. Así pues, la transmisión de información médica adquiere especial importancia en determinados momentos de la enfermedad, pero debe tener lugar durante todo el curso de esta.

Dar malas noticias es una tarea altamente compleja, que implica un componente verbal (transmisión de la mala noticia), el reconocimiento y respuesta a las emociones de los pacientes, la implicación del enfermo en el proceso de toma de decisiones médicas y la búsqueda de maneras para enmarcar la esperanza y proporcionar apoyo². En una situación ideal, la transmisión de una mala noticia debe consistir en una interacción dinámica entre el profesional y el paciente en la que la información no solo se transmite al enfermo, sino que además las reacciones de este proporcionan pistas al profesional acerca de cómo ha recibido la información²⁻⁴ y de las preocupaciones que le puedan surgir a raíz de haberla recibido⁵. Así pues, es fácil comprender que es necesario que el profesional sanitario posea un mínimo de conocimientos y determinadas herramientas para gestionar las emociones, tanto del paciente como propias.

La transmisión de información médica al paciente y a su familia constituye un valor fundamental de la relación médico-paciente. Su sustento clínico, ético, legal y deontológico ha variado en relevancia, según los cambios sociales y culturales. El acceso a la verdad es un imperativo ético para

el profesional sanitario: todos los pacientes tienen derecho a la verdad porque tienen derecho a decidir, con apoyo y conocimiento de causa, sobre aspectos tan importantes de su vida como los procesos salud-enfermedad y vida-muerte. La comunicación de la información diagnóstica implica respeto a los deseos y valores de los pacientes, esto es, al principio de la autonomía, con el fin de organizar los cuidados según las preferencias y prioridades de los enfermos. Pero no es solamente este principio de la bioética el implicado en el proceso, como se verá en este artículo.

En los últimos veinte años se ha producido un cambio significativo en el mundo occidental sobre cómo se transmite la información médica. Se ha debido a muchos factores, entre los cuales el descubrimiento de nuevos tratamientos que producen mejores resultados, una menor estigmatización de determinadas enfermedades, el desarrollo de movimientos sociales generados por consumidores de servicios médicos y un mayor interés en cuestiones médico-legales, de manera que en muchos países se han desarrollado leyes que rigen el intercambio de información entre el médico, el enfermo y la familia.

En este artículo se describirán los aspectos éticos, legales y psicológicos asociados a la comunicación de la información diagnóstica en el entorno sanitario. Está basado en la conferencia impartida por la autora en el Encuentro de Educación Médica 2015. Innovaciones y Desafíos en Educación Médica, organizado por la Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-UCM, durante los Cursos de Verano de la Universidad Complutense en El Escorial, Madrid.

Aspectos éticos básicos en la transmisión de la información médica

Los conceptos de beneficencia, uno de los principios de la bioética, y de paternalismo se asociaron entre sí en el *Corpus hippocraticum*: los médicos de la antigua Grecia hacían referencia a la necesidad de actuar en beneficio del enfermo permaneciendo libres de cualquier injusticia o daño intencional y, a la vez, se sugería alejar la atención del paciente de la enfermedad y de los tratamientos, manteniéndole apartado, así mismo, de la información diagnóstica y pronóstica sobre su situación médica⁶. La noción de *paternalismo benefactor* persistió en la tradición médica hasta el siglo XVIII, cuando filósofos médicos intentaron regular el comportamiento de los profesionales formulando y publicando códigos de conducta dirigidos a encuadrar la medicina en un marco ético de referencia⁷.

El principio de la beneficencia sigue siendo un principio ético básico que guía la práctica médica. Sin embargo, el rol paternalista tradicional del médico se ha hecho cada vez más inaceptable a la luz de los cambios en las actitudes de los pacientes hacia la práctica médica que se han producido a finales del siglo XX. Ahora los enfermos no asumen que es el médico quien sabe lo que es mejor para ellos. Muchos prefieren un acercamiento que les implique más en el proceso de toma de decisiones médicas y que suponga un mayor respeto a su autonomía. Los profesionales médicos, en las últimas cuatro décadas, se han apartado, pues, de un estilo paternalista caracterizado por retener la información de los pacientes sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, desde el convencimiento de que tal información va

más allá de la capacidad de comprensión de los enfermos y que podría causarles miedo, ansiedad y pérdida de esperanzas, e incluso empeorar los resultados terapéuticos⁸. El temor entre los médicos a las denuncias por no informar, junto a los requerimientos legales, la publicación de líneas directrices sobre la transmisión de información diagnóstica y el desarrollo de tratamientos más eficaces debido a los avances de la ciencia médica han facilitado un cambio de actitud en los profesionales, que actualmente reconocen la importancia de proporcionar información veraz a sus enfermos. A esto se suma que la participación activa del paciente en la consulta médica requiere un grado de negociación con el profesional que es incompatible con el modelo paternalista. Actualmente, los pacientes buscan información que les permita tomar decisiones sobre sus opciones terapéuticas, tener una idea clara de las toxicidades de los tratamientos, y comprender su pronóstico.

El principio de autonomía se refiere al derecho del individuo a la autodeterminación. Según Faden y Beauchamp⁶, un individuo actúa de forma autónoma si se cumplen tres condiciones: actúa intencionadamente (de acuerdo a un plan o al propio conocimiento interno), con entendimiento, y libre de influencias controladoras. La visión más extrema del principio bioético de la autonomía sugiere que los pacientes toman sus propias decisiones sobre el tratamiento una vez transmitido el diagnóstico, mientras que el médico adopta un papel pasivo. Una visión más razonable es la que argumenta a favor de que sea el médico quien explore las preferencias y valores del paciente, entendiendo al paciente como persona, antes de decidir el tratamiento, con el fin de que este se pueda ajustar al máximo a los objetivos del enfermo⁹.

Respetar la decisión de un paciente sobre sus tratamientos no siempre está exento de dificultad, y hay especialidades médicas tales como la oncología en las que, en el contexto de tratamientos con una mínima eficacia terapéutica, el médico tiende en ocasiones a desfavorecer la opción de no tratarse. Tal fue el caso del Sr. TH, un varón de 41 años, soltero, con cáncer colorrectal metastásico diagnosticado hacía cuatro años, que fue tratado quirúrgicamente, con quimioterapia y radioterapia. El paciente tuvo numerosas complicaciones posquirúrgicas, así como una elevada toxicidad con la quimioterapia recibida durante las tres recidivas-progresiones que sufrió. A raíz de la enfermedad perdió a su pareja, a quien él mismo rechazó a pesar del deseo de ella de permanecer a su lado, avergonzado por la colostomía, por la incapacidad para mantener relaciones sexuales y por el deterioro físico y psicológico sufrido. Perdió igualmente su trabajo y la capacidad para poder disfrutar de las numerosas actividades deportivas, muchas de riesgo, que solía practicar previamente al diagnóstico. Su padre fue diagnosticado de un cáncer avanzado poco después de que el paciente decidiera dejar el tratamiento que recibía y que le seguía produciendo muchas limitaciones debido a los efectos secundarios producidos. Fue derivado por su médico para recibir tratamiento psicooncológico, por temer que el paciente estuviera deprimido y por considerar inadecuada la decisión del enfermo de interrumpir la quimioterapia. Tras la evaluación psicooncológica detallada se descartó un trastorno depresivo y se identificaron valores según los cuales el Sr. TH quería vivir su vida y no podía hacerlo debido a las limitaciones crecientes que le imponía la enfermedad.

Prolongar la vida unos meses o algún año más, sufriendo física y emocionalmente, no significa lo mismo para unos que para otros. En este caso, el sentido de aumentar la supervivencia a pesar del enorme deterioro en la calidad de vida es evidente que no era el mismo en el médico que en el paciente. Comprender al paciente, sus valores, la apreciación que hace de la vida en un momento determinado, el significado que atribuye a la enfermedad, a sus efectos secundarios, a la progresión, etc. es crucial para poder aceptar su decisión desde el respeto a su autonomía.

Normativa legal en la transmisión de la información médica

En la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente se describen el derecho que tiene el enfermo a ser informado y su autonomía para tomar decisiones acerca de su salud. El titular del derecho de información es, por tanto, el mismo paciente, y la forma en la que se debe transmitir la información debe ser verbal, debiendo quedar constancia escrita de ello en la historia médica. La familia del paciente podrá ser informada en la medida en que este lo permita de manera expresa o tácita. Asimismo, el paciente tiene derecho a no ser informado, bien por deseo suyo, bien por necesidad terapéutica¹⁰. Según dicha ley, la información debe incluir, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, de sus riesgos y de sus consecuencias y debe ser veraz, comprensible y adecuada a las necesidades del enfermo, de manera que le ayude a tomar sus propias decisiones. La ley implica, igualmente, que insistir en transmitir toda la información, independientemente de lo que desee el paciente, lo somete a un sufrimiento indebido. Informar garantizando al paciente que no va a ser abandonado, en un contexto en el que pueda expresar sus preocupaciones y miedos, facilita una comunicación adecuada y el apoyo emocional que el paciente necesita¹¹.

Ocultar el diagnóstico puede generar una conspiración de silencio, esto es, un acuerdo implícito o explícito por parte de la familia, amigos o profesionales, de alterar la información médica al paciente con el fin de no aportarle información sobre su diagnóstico, pronóstico o sobre la gravedad de su situación. La conspiración de silencio interfiere en la toma de decisiones por parte del paciente, así como en su adaptación a la enfermedad. Al mismo Freud le fue ocultado el diagnóstico de malignidad cuando se presentó en la consulta de Felix Deutsch en Viena. ¡Fue este quien consideró que Sigmund Freud no estaba lo suficientemente preparado como para enfrentarse a la realidad del cáncer!, a pesar de que él mismo sospechaba su diagnóstico y se presentó a su compañero médico diciéndole: "Prepárate para ver algo que no te va a gustar nada"¹². La literatura está repleta de ejemplos ilustrativos. Así, Tolstoi describía el impacto que tuvo la falta de información sobre uno de sus personajes más conocidos: "...el mayor sufrimiento de Ivan Illich era la mentira; aquella mentira, adoptada por todos los demás, de que él no estaba enfermo, que no se moría, que le bastaba estar tranquilo y cuidarse para enseguida estar bien"¹³. Sin embargo, no es necesario retroceder en el tiempo para encontrar casos en los que la conspiración de silencio se practica con cierta regularidad. Aún hoy en día nos seguimos encontrando con numerosos familiares que,

por diferentes motivos, consideran que el paciente no está lo suficientemente preparado para enfrentarse a la crudeza de ciertas enfermedades, y solicitan, afortunadamente con poco éxito actualmente, que se le mantenga en la penumbra del silencio.

Entre los otros aspectos relevantes en la transmisión de información diagnóstica recogidos en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, se incluye la determinación de la competencia para tomar decisiones y la normativa concerniente a las voluntades anticipadas. La ley define como “competencia para tomar decisiones” la capacidad mental del paciente para tomar una decisión médica concreta. Es, por tanto, fundamental comprobar que el paciente ha comprendido la información transmitida adecuadamente y conocer sus valores con el fin de calibrar la coherencia de sus decisiones. Según la ley, en el caso de que el paciente sea declarado incompetente, el profesional tiene la obligación legal de informarle a un nivel adecuado a sus posibilidades de comprensión, así como de informar al representante legal del enfermo.

Las voluntades anticipadas o instrucciones previas son las instrucciones a través de las cuales una persona, previendo la posibilidad de perder en el futuro sus capacidades mentales, indica a los profesionales cómo desearía ser tratado. Ello se realiza mediante un documento firmado ante notario o tres testigos no vinculados por matrimonio o pareja de hecho, ni parentesco hasta de segundo grado, en el que se deja constancia de los tratamientos que desea o no recibir y en el que se designa a un representante o interlocutor^{10,11}. Se puede encontrar información concreta sobre los trámites a seguir en las páginas web de las diferentes consejerías de sanidad de las comunidades autónomas. La de la Comunidad de Madrid es, por ejemplo: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142598918474&language=es&pagename=PortalS_alud%2FPage%2FP TSA_pintarContenidoFinal.

En los casos en los que se declara al paciente incompetente para tomar decisiones sobre su tratamiento médico y no haya documento de voluntades anticipadas, la ley obliga a decidir según el criterio de mejor interés, que es el resultado de analizar los riesgos y beneficios según criterios de buena práctica clínica de la comunidad científica médica. Los documentos de voluntades anticipadas no están exentos de dificultades. En primer lugar, la experiencia clínica y la investigación nos indican que las preferencias de los pacientes fluctúan a lo largo del tiempo, y debe modificarse el documento según estos cambios¹⁴. Además, los deseos de los familiares o representantes legales pueden no ser coherentes o no coincidir con los de los enfermos a quienes representan. Esto ocurre en un tercio de los casos¹⁵.

Aspectos psicológicos implicados en la comunicación médico-paciente

La comunicación eficaz con el paciente no solo debe regirse por las leyes establecidas y los principios de la bioética. Numerosas variables psicológicas están implicadas en el arte de comunicar. Así, se podría decir que el acto de comunicar en medicina es uno de los actos médicos más complejos, dado que implica la gestión de muchas emociones (las del paciente, las de su familia y las del propio profesional) que surgen en situaciones complicadas (por ejemplo, en el con-

texto de progresión de una enfermedad grave en un paciente con quien el profesional ha mantenido una relación prolongada en el tiempo). A pesar de ello, existen pocos programas de formación que proporcionen a los médicos conocimientos básicos y herramientas concretas para poder manejar situaciones de una complejidad creciente. Desde el Centro ATRIUM: Psico-Oncología y Psicología Clínica de Madrid estamos realizando formación en habilidades de comunicación no solo con profesionales médicos sino con personal de enfermería, farmacéuticos hospitalarios, técnicos sanitarios y coordinadores de ensayos clínicos. Todos ellos se ven obligados a mantener relaciones con pacientes que son intensas y frecuentes en el contexto de una carga asistencial significativa, y se enfrentan a situaciones que hace unos años no se producían. Tal es el caso del paciente que acude a la farmacia hospitalaria a recoger su medicación enfadado porque ha sabido que en otros hospitales de su comunidad se administran medicamentos para su enfermedad que no se dispensan en el centro donde se está tratando; o aquel cuya ira está provocada por la progresión de la enfermedad y lo que considera una falta de eficacia terapéutica; o el paciente que en revisión con el coordinador de un ensayo clínico reporta falta de adherencia terapéutica; o el que pregunta a la enfermera si cree que el tratamiento le va ayudar a curar su enfermedad o se va a morir de ella. Todas estas situaciones no solo alteran emocionalmente al paciente, sino que tienen un impacto importante sobre el profesional, que, desprovisto generalmente de herramientas adecuadas para manejar la situación de una forma óptima, sufre una y otra vez sentimientos de impotencia que, posteriormente y unidos a otras variables, pueden conducir a una situación de *burnout*.

Entre los objetivos de la comunicación médico-paciente se encuentran proporcionar una atención médica óptima y, además, una reacción, óptima también, a la respuesta psicológica del enfermo ante su diagnóstico. Una comunicación eficaz con el paciente está asociada a la recuperación de este, a la calidad de la atención, a un mejor diagnóstico, a una mayor adhesión terapéutica, a una mayor satisfacción del usuario e, incluso, a un mejor desenlace¹⁶. A esto se añade que la mayoría de las quejas expresadas por los pacientes son debidas a la falta de calidad de la comunicación con los proveedores de servicios médicos¹⁷.

La nueva educación médica está especialmente centrada en el paciente. La medicina es ahora “personalizada”. La importancia que se da a un trato más humano del paciente es creciente. Afortunadamente, la medicina intenta humanizarse cada vez más. Sin embargo, pocas veces se piensa en el profesional. El nuevo modelo de educación médica debería estar centrado en el paciente, pero también en el profesional, a menudo sobrecargado de responsabilidades de creciente complejidad. Es por ello que la formación en habilidades de comunicación debería ir siempre acompañada de pautas básicas y sencillas para que el profesional pueda aprender a realizar un trabajo personal, aunque sea mínimo, y que se podría desarrollar en tres niveles^{18,19}:

Nivel I: autoanálisis

Que consistirá en trabajar las propias emociones para aumentar la toma de conciencia del impacto que tienen diferentes situaciones clínicas sobre el profesional. Se su-

giere que este trabajo personal comience con una reflexión acerca de la decisión de haber escogido una profesión de ayuda, las expectativas sobre el propio rendimiento y resultados, los sentimientos de transferencia y contratransferencia, las fantasías de rescate, las limitaciones personales y profesionales y los sentimientos de impotencia que surgen ante determinadas situaciones asistenciales. Algunas preguntas que pueden facilitar el inicio de esta reflexión pueden ser: ¿por qué escogí esta profesión?, ¿qué expectativas tenía de mi profesión cuando la escogí inicialmente?, ¿qué situaciones clínicas me generan mayor malestar, impotencia o angustia?

Nivel II: el trabajo del duelo

¿Cómo percibo la enfermedad y la muerte? ¿Qué significan estos para mí? ¿Qué experiencias he tenido con la muerte y la enfermedad? ¿Cómo han moldeado o influido sobre mi trabajo como profesional con pacientes? ¿Qué pérdidas he sufrido y cómo tiendo a elaborarlas? ¿Cómo me afecta la muerte de mis pacientes? Poder trabajar estas situaciones en el contexto de una profesión que expone al sufrimiento ajeno, al deterioro físico y psicológico, a la muerte, etc. de forma continuada es un aspecto esencial del trabajo personal.

Nivel III: el trabajo en equipo

Compartir la responsabilidad del cuidado es un aspecto fundamental de la profesión médica. Poder dialogar sobre los pacientes, compartir la carga emocional que supone el proceso de toma de decisiones médicas complejas y encontrar apoyo en el manejo de situaciones clínicas difíciles es indispensable para poder llevar a cabo una práctica asistencial óptima.

Algunas pautas básicas y sugerencias finales

- Determinar la situación biológica, psicológica, sociosanitaria y familiar del paciente.
- Evaluar los tratamientos de acuerdo con la evidencia científica (criterios de proporcionalidad, futilidad y calidad de vida).
- Recordar que la transmisión de información diagnóstica es un proceso gradual cuyo protagonista es el propio paciente.
- Administrar información completa, simple, clara y adecuada a las necesidades y capacidades del paciente.
- Evaluar la competencia del paciente.
- Identificar los valores que mueven al paciente y el significado que atribuye a la enfermedad, a los síntomas, a los tratamientos, a la vida y a la muerte.
- Si surgen dudas, acudir a los comités de ética hospitalarios.
- Informar siempre al equipo de las decisiones médicas.
- Registrar siempre toda la información relevante en la historia médica.

- Formarse en habilidades de comunicación y aprender a gestionar las emociones intensas que puedan surgir en la relación con el paciente y su familia.

Bibliografía

1. Buckman R. Breaking bad news: Why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed.)*. 1984;288:1597-9.
2. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivery of bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5:302-11.
3. Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. Enhancing physician-patient communication. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2002;1:464-83.
4. Ptacek J, Fries EA, Eberhardt TL, Ptacek JJ. Breaking bad news to patients: Physician's perceptions of the process. *Support Cancer Care*. 1999;7:113-20.
5. Maguire P. Improving communication with cancer patients *Eur J Cancer*. 1999;35:1415-22.
6. Hippocrates. A history and Theory of Informed Consent. En: Faden RR, Beauchamp TL, editors. New York: Oxford University Press; 1986. Cap. 3; p. 60-1.
7. Lord RSA. Informed consent in Australia. *Aust N Z J of Surg*. 1995;65:224-8.
8. Novack DH, Freireich EJ, Vaisrub S. Changes in physician attitudes towards telling the cancer patient. 1979;241:897-900.
9. Thomasma DC. Beyond medical paternalism and patient autonomy: A model of physician conscience for the physician-patient relationship. *Ann Intern Med*. 1983;98:243-8.
10. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE-A-2002-22188.
11. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08.
12. Romm S. The Unwelcome Intruder: Freud's Struggle with Cancer. New York: Praeger Publishers; 1983.
13. Tolstoi L. La muerte de Ivan Illich. Medellín: Bedout; 1983.
14. Fried TR, O'Leary J, Van NP, Fraenkel L. Inconsistency over time in the preferences of older persons with advanced illness for life-sustaining treatment. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55:1007-14.
15. Shalowitz DI, Garrett-Mayer E, Wendler D. The accuracy of surrogate decision makers: A systematic review. *Arch Intern Med*. 2006;166:493-7.
16. Ruiz-Moral R, Pérez Rodríguez E, Pérula de Torres LA, de la Torre J. Physician-patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Educ Couns*. 2006;64:242-8.
17. Hack T, Degner L, Parker P. The communication goals and needs of cancer patients: A review. *Psycho-Oncology* 2005;14:831-45.
18. Die Trill M. Trabajo personal del profesional sanitario en oncología: guía básica para mejorar el trabajo, el cuidado propio y el de los pacientes. En: Gil Moncayo FL, editor. *Counselling y Psicoterapia en Cáncer*. Barcelona: Elsevier; 2015. cap. 5; p. 39-44.
19. Die Trill M. Physicians' Emotions in the Cancer Setting: A Basic Guide to Improving Well-Being and Doctor-Patient Communication. En: Surbone A, Zwitter M, Rajer M, Stiefel, R, editors. *New Challenges in Communication with Cancer patients*. Springer; 2013. p. 217-30.