

El duelo y cómo dar malas noticias en medicina

Grief and how to give bad news in medicine

Deborah León-Amenero^{1,2,a}, Jeff Huarcaya-Victoria^{3,4,b}

¹ Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen EsSalud. Lima, Perú.

² Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

³ Centro de Investigación en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

⁴ Departamento de Psiquiatría, Complejo Hospitalario "Luis N. Sáenz", Policía Nacional del Perú. Lima, Perú.

^a Médico residente de psiquiatría infanto-juvenil, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7359-723X>

^b Médico psiquiatra, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4525-9545>

Correspondencia:

Jeff David Huarcaya Victoria
Universidad de San Martín de Porres
– Instituto de Investigación
Av. Alameda del Corregidor, 1531, La
Molina, Lima
511-3653640 - jhuarcayav@usmp.pe

Recibido: 18 de noviembre 2018

Aprobado: 20 de febrero 2019

Publicación en línea: 27 de marzo 2019

Conflictos de interés: Los autores
declaran no tener conflictos de interés

Fuente de financiamiento:
Autofinanciado

Citar como: León-Amenero D,
Huarcaya-Victoria J. El duelo y como
dar malas noticias en medicina. *An
Fac med.* 2019;80(1):86-91.
DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15471>

An Fac med. 2019; 80(1):86-91. / DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15471>

Resumen

La muerte y el duelo producido por las más diversas pérdidas son aspectos comunes en la práctica médica. Si bien no todos los factores que generan un duelo patológico pueden ser controlados, el cómo se da la noticia de la pérdida a la persona es un factor importante, y, por lo tanto, necesario a tener en cuenta. El comunicar malas noticias es una tarea frecuente en el ámbito médico, pudiendo tener un impacto negativo tanto en los pacientes como en sus familiares si no se realiza de una forma adecuada. A pesar de su importancia, en diversos estudios se ha documentado que los estudiantes de medicina y los médicos no han recibido un entrenamiento formal para poder dar malas noticias. En este contexto el presente artículo busca brindarles a los médicos y estudiantes de medicina algunos conceptos precisos sobre estos temas para que puedan aplicarlo a su práctica clínica.

Palabras clave: Duelo; Pérdida; Noticias; Medicina

Abstract

Death and grief caused by the most diverse losses are common aspects in medical practice. While not all the factors that generate a pathological grief can be controlled, how the news of the loss is given to the person is an important factor, and, therefore, necessary to take into account. Delivering bad news is a frequent task in the medical practice, which can have a negative impact on patients and their families if it is not carried out in an appropriate manner. Despite its importance, several studies have documented that medical students and physicians have not received formal training to be able to give bad news. In this context, the present article seeks to provide physicians and medical students with some precise concepts about loss, grief and how to provide bad news so that they can apply it to their clinical practice.

Keywords: Grief; Bereavement; News; Medicine

INTRODUCCIÓN

Si bien en la práctica clínica el comunicar malas noticias es algo común, esto no deja de ser una labor complicada. Para ello se requiere de una serie de habilidades que se irán formando a lo largo del desarrollo como personas y profesionales, las cuales tendrán como base la empatía y el continuo deseo de cumplir con los ya conocidos principios de la bioética, en especial la beneficencia. Sin embargo, muchas veces en la enseñanza de la medicina abandonamos el concepto de la muerte de forma simbólica y técnica, lo que se traduce en una huida y en no informar sobre la muerte o la pérdida a nuestros pacientes y sus familiares. De esta manera, en el presente artículo se busca identificar qué pautas podría seguir un personal de salud para dar malas noticias de forma adecuada y reducir el impacto negativo del duelo por una pérdida; para ello, inicialmente abordaremos brevemente el concepto de duelo, luego revisaremos las pautas de cómo brindar malas noticias en el ámbito de la salud.

EL DUELO

El duelo es considerado como una respuesta natural a la pérdida de alguien o de algo. Bowlby definió al duelo como “todos aquellos procesos psicológicos conscientes o inconsciente que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquier sea el resultado”¹. De forma más amplia, Pangrazzi consideró al duelo como aquella “matriz que reúne la respuesta a las separaciones de ambientes, bienes materiales, roles sociales, valores afectivos, lazos afectivos, la salud y la separación de personas queridas”². El desarrollo del duelo no es un proceso rápido ni sencillo. La magnitud del mismo dependerá tanto de lo perdido como de las características propias y la resolución se dará cuando se haya conseguido el equilibrio y aceptación. Según Bucay, la persona que vive el duelo debe valorar la importancia de lo perdido y es necesario que experimente el dolor asociado a ello; y luego, una vez que consiga aprender a vivir sin lo que ya no está, deje de vivir en el pasado y se enfoque en su nueva realidad, es que habrá elaborado y resuelto el duelo³.

ETAPAS DEL DUELO

El duelo, al ser un proceso universal e inevitable, ha sido objeto de estudio por diversos autores y muchos han intentado establecer sus diferentes etapas (Tabla 1). Entre ellos se encuentran ciertas similitudes, y quizá la principal sea que en todos los casos se considera al duelo como un proceso dinámico capaz de tener fluctuaciones.

Kübler-Ross estudió las etapas del proceso de la muerte mediante la observación directa y entrevistas con más de quinientos pacientes con enfermedades terminales. Propuso cinco estados de aceptación de la muerte, conocido como el “Modelo Kübler-Ross”⁴: 1) Negación: como defensa temporal, presentándose al momento de recibir la noticia de la pérdida, 2) Ira: usualmente se presenta en contra de quien se considera como responsable de la pérdida, 3) Negociación: se busca ofrecer algo a cambio de lo perdido, 4) Depresión: siendo esta la etapa más complicada y muchas veces la más prolongada, y 5) Aceptación: como su nombre lo indica, aceptar plenamente la pérdida e iniciar el funcionamiento con uno mismo y su entorno. Esta experiencia de aflicción y lástima ante la pérdida de algo con un valor significativo viene a ser un proceso normal de la experiencia humana⁵.

DUELO NORMAL Y PATOLÓGICO

Por lo mencionado anteriormente podemos decir que el duelo no configura un trastorno mental. No se encuentra considerado en el DSM-5 ni en la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma edición (CIE-10) como tal, siendo considerado dentro de los trastornos adaptativos en caso su presentación no sea la propia de un “duelo normal”, el cual vendría a ser aquel que se inicia inmediatamente después o dentro de los meses subsiguientes a la pérdida. Entre los síntomas del “duelo normal” podríamos encontrar tristeza, irritabilidad, llanto, pensamiento centrado en la pérdida, algunos pensamientos reiterativos sobre la pérdida; sin embargo, no se encuentra una alteración en la funcionalidad de la persona. Usualmente no dura más de seis meses o un año, siendo influido por el entorno cultural de cada persona, así como su personalidad previa.

El “duelo patológico” o “complicado”, según Horowitz, es aquel duelo en el cual “la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución”⁶. Una tristeza patológica se diferenciará de una tristeza normal

Tabla 1. Fases del duelo según diversos autores. Elaborado a partir de Schiaffino²⁰

Autor y año	Fases del duelo
Linderman (1944)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Choque, incredulidad 2. Aceptación de la pérdida 3. Resolución del duelo y reconexión con los aspectos de la vida
O'Connor (1969)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruptura de los antiguos hábitos (desde el conocimiento de la pérdida hasta la 8va semana) 2. Inicio de la reconstrucción de la vida (desde la 8va semana hasta el año) 3. Búsqueda de nuevos objetivos (desde el año hasta los dos años) 4. Terminación del reajuste (luego de dos años)
Worden (1982)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptar la realidad de la pérdida 2. Experimentar el dolor de la pérdida 3. Adaptarse a su medio, en el que ahora falta el ser querido o lo perdido 4. Retirar la energía emocional desde la persona que falta hacia otras relaciones
Niemeyer (2000)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitación, incredulidad, choque 2. Asimilación, reconstrucción 3. Acomodación
Fonnegra (2001)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitación-choque (aturdimiento y anestesia emocional) 2. Confrontación-enfrentando la ausencia (fase aguda) 3. Restablecimiento-volver a la vida (cambio, reorganización y restablecimiento)

por su intensidad, duración (mayor a un año) y la aparición de síntomas que lleven a la persona fuera del marco de la realidad. Sin embargo, la tristeza no es el único síntoma ya que las manifestaciones clínicas no solo se darán en lo afectivo, sino también a nivel físico, cognitivo, de la conducta, entre otros (Figura 1)⁶. En el DSM-5 encontramos los criterios diagnósticos para el trastorno por duelo complejo persistente (Tabla 2).

No todas las personas van a manifestar un duelo patológico de la misma manera. Así, este se podría diferenciar en cuatro tipos distintos⁶:

1) Duelo crónico: cuando dura más de un año. La persona no logra retomar su funcionamiento previo.

2) Duelo retrasado: la reacción inicial suele impresionar poco, y no es hasta después cuando recién se experimenta los síntomas del duelo. Esto puede ser motivado por la falta de apoyo social, la “necesidad de ser fuertes”, o el no haber asimilado la situación.

3) Duelo exagerado: la respuesta es desproporcionada y podría llevar a con-

ductas desadaptativas, teniendo comorbilidad con algún otro trastorno psiquiátrico, como ataques de pánico, fobias, trastorno de estrés post-traumático o consumo perjudicial de sustancias.

4) Duelo enmascarado: la persona no logra asociar sus molestias a la pérdida que ha sufrido.

Se han propuesto diversos factores de vulnerabilidad para desarrollar un duelo patológico (Tabla 3). Si bien no todos estos factores pueden ser controlados, el cómo se da la noticia de la pérdida a la persona es un factor importante, y, por lo tanto, necesario a tener en cuenta. Es de suma importancia, entonces, el saber cómo dar malas noticias.

¿CÓMO DAR MALAS NOTICIAS?

De acuerdo a García, una mala noticia se podría definir como: “aquella que drásticamente y negativamente altera la propia perspectiva del paciente, o sus familiares, en relación con su futuro”⁷. Presentado consecuentemente alteraciones a nivel emocional y conductual en el receptor,

que suele persistir luego que la mala noticia fue recibida. Para que una mala noticia sea definida como tal no depende tan solo del contenido de la información o la magnitud de la misma, sino de la repercusión que esta tendrá en sus receptores. Sin embargo, es difícil determinar esto último, ya que dependerá del contexto de la vida de cada persona. En diversos estudios se ha documentado que los estudiantes de medicina y los médicos no han recibido un entrenamiento formal para poder brindar malas noticias de forma adecuada^{8,9,10}. En el Perú, hasta donde tenemos conocimiento, en la mayoría de las facultades de medicina no existe un entrenamiento a los alumnos sobre cómo brindar malas noticias¹¹. En un estudio realizado en 2014 se encontró que, de 317 profesionales de salud de un hospital general de Lima, 72% de ellos reconocieron no haber recibido capacitación sobre cómo comunicar malas noticias¹². No es difícil imaginar que existen temores por parte de los emisores (personal de salud, específicamente médicos) sobre lo que puede suceder al dar una mala noticia, los cuales pueden ser: temor a ocasionar dolor, temor al fracaso terapéutico, temor legal, temor a expresar sus propias emociones, temor a lo desconocido y temor a la propia muerte^{13,14}. Estos temores no deben limitarnos al momento de dar malas noticias, dado que evadir la comunicación de estas y brindar un falso sentido de esperanza podría llegar a ser más nocivo para el paciente y su familia.

Existen cuatro condiciones básicas que, de ser tomadas en cuenta antes de dar una mala noticia, podrían conllevar a un mejor resultado¹³:

1) Contar con una evaluación completa y fidedigna de la gravedad y el pronóstico de la enfermedad.

2) Tener presente la idiosincrasia de cada paciente.

3) Buscar el apoyo de la familia del paciente, brindándoles esperanza sin llegar a mentir.

4) Valorar la relación médico-paciente.

Una vez que contemos con las condiciones necesarias antes de dar una mala noticia es importante recordar que al brindarla se podrían satisfacer cuatro

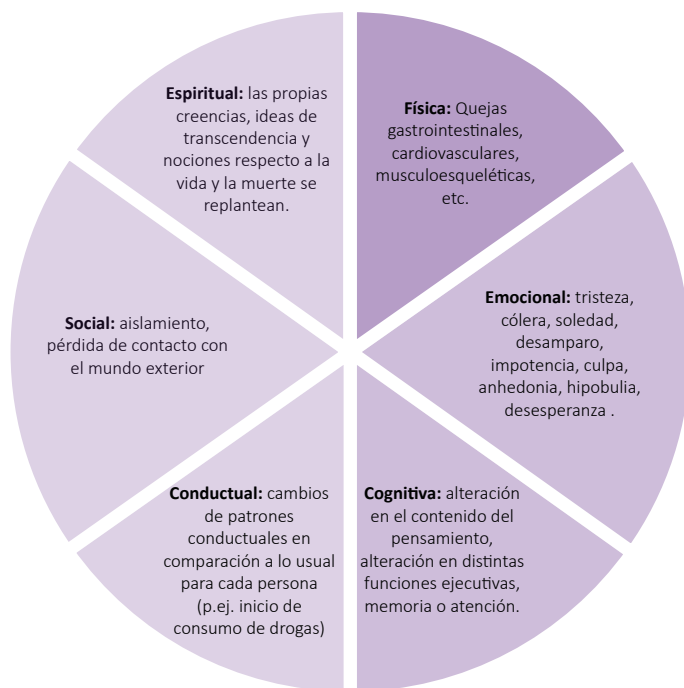


Figura 1. Manifestaciones multidimensionales del duelo patológico. Elaborado a partir de Carbodevilla⁵.

Tabla 2. Criterios diagnósticos del DSM-521 para el trastorno por duelo complejo persistente.

A	El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana. Desde la muerte, al menos uno de los síntomas siguientes está presente casi diariamente a un nivel clínicamente significativo, y persiste durante al menos 12 meses en el caso de adultos y 6 meses para los niños:
B	- Anhelos/añoranza persistente del fallecido. - Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte. - Preocupación en relación con el fallecido. - Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte.
	Desde la muerte, al menos seis de los síntomas siguientes están presentes casi diariamente a un nivel clínicamente significativo, y persiste al menos 12 meses en el caso de adultos y 6 meses para niños:
	- Importante dificultad para aceptar la muerte. - Incredulidad o anestesia emocional en relación con la pérdida. - Dificultad para recordar de manera positiva al fallecido. - Amargura o rabia en relación con la pérdida. - Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación con el fallecido o con su muerte.
C	- Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida. - Deseos de morir para poder estar con el fallecido. - Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento. - Sentimientos de soledad o desapego de otros. - Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido. - Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia. - Dificultad o reticencia a mantener intereses o hacer planes de futuro desde la pérdida.
D	La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento.
E	La relación de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas o apropiadas a su salud.

objetivos distintos, además del brindar información. Estos han sido propuestos por Sweeny et al¹⁵:

- 1) Buscar que la información sea lo más clara y precisa.
- 2) Identificar si hay deseos de persuadir al paciente de adoptar recomendaciones.
- 3) Minimizar el estrés del paciente y promover su satisfacción.
- 4) Minimizar el discomfort del personal de salud.

Los seis pasos para dar una mala noticia

Existen varias guías respecto a cómo brindar adecuadamente malas noticias; sin embargo, no existe un consenso sobre cuál es la técnica más adecuada¹⁶. En el Perú se ha propuesto una guía de 13 pasos para comunicar a familiares la muerte repentina en emergencia¹⁷. A nivel internacional, una de las guías más reconocidas es el protocolo SPIKES de 6 pasos postulado por Buckman y Baile^{18,19}:

1) *S-Setting Up the Interview*: En este primer momento es importante revisar

adecuadamente la historia clínica a fin de contar con la seguridad del diagnóstico, pudiendo llevarla al lugar de la entrevista

para tener la información a la mano. El lugar donde se brindará la información debe ser lo más privado posible. Es también importante contar con la presencia de alguien de apoyo para la persona que va a recibir la noticia. Antes de pasar al siguiente paso, es necesario valorar el estado emocional del paciente con la finalidad de determinar si es el momento adecuado para brindar la mala noticia.

2) *P-Assessing the Patient's Perception*: Siempre debemos recordar "antes de hablar, preguntar". Es decir, consultarle al paciente que tanto sabe sobre su enfermedad o cuáles son sus preocupaciones al respecto con la finalidad de dirigir adecuadamente la entrevista. Las preguntas deberán ser abiertas e indirectas, como: "¿Qué piensa usted sobre su dolor en el abdomen, su baja de peso, etc.?", o "¿qué le han dicho sobre su enfermedad?", además se debe ir de lo más superficial a lo más profundo con preguntas como "¿cree usted que esto es muy grave?". Debemos tener en cuenta que si el paciente no desea hablar ya nos está comunicando su grado de malestar. Debemos averiguar además las características de la personalidad del paciente, así como su contexto cultural y social, con la finalidad de saber cuál sería la mejor manera de abordar el tema a fin de que sea adecuadamente comprendido.

Tabla 3. Factores de vulnerabilidad para desarrollar un duelo patológico. Elaborado a partir de Acinas²².

Factores de vulnerabilidad	Ejemplos
Circunstancias específicas de la muerte	- Muertes súbitas, inesperadas, inoportunas (accidentes, catástrofes, suicidio). - Muertes inciertas (desaparición de una persona). - Muertes múltiples (desastres naturales, suicidios en masa).
Relación o vínculo con el fallecido	- Parentesco cercano. - Relación "complicada" (fallecimiento sin haber resuelto el conflicto).
Necesidades y dependencias con el fallecido	- Si la persona fallecida es el sostén de la familia.
Convivencia con el fallecido	- Alteración en el curso biográfico del conviviente.
Pérdidas acumuladas	- El antecedente de un duelo complicado puede predisponer la aparición de otro.
Personalidad y antecedentes de salud mental	- Rasgos de personalidad patológicos (ej. dependiente, limitrofe, etc.). - Antecedentes psiquiátricos (ej. trastorno depresivo recurrente).
Familia y apoyo social	- Ausencia de una red social de soporte adecuada. - Desempleo o bajo nivel socioeconómico. - Separación del grupo religioso.

3) *I-Obtaining the Patient's Invitation*: Pueden existir pacientes que no deseen conocer la información sobre su estado de salud. Además, no siempre es posible poder procesar toda la información en una sola entrevista, por lo que debemos encontrar un equilibrio entre lo que queremos decirle al paciente y lo que él desea saber. Es importante recordar que, así como tiene derecho a la información, también tiene derecho a rechazarla. Se le puede preguntar al paciente: "¿quisiera usted saber todos los detalles de su enfermedad?", o "¿preferiría usted que converse de su enfermedad con algún familiar y otra persona?". Es necesario tener en cuenta la sensibilidad adecuada para obtener la información; esto puede ser incluso dando la información pausadamente y por partes, esperando que el paciente solicite más información. Si el paciente nos manifiesta su negativa de obtener información, debemos recordarles que esta estará disponible para ellos cuando la soliciten.

4) *K-Giving Knowledge and Information to the Patient*: Debemos compartir la información sobre el diagnóstico en caso el paciente lo solicite, de no ser así, procederemos a explicarles el tratamiento. Deberemos emplear un lenguaje según el nivel intelectual y el contexto cultural del paciente. La información se brindará de manera pausada, empleando frases introductorias que vayan preparando al paciente, como: "me temo que la evolución no ha sido la que esperábamos". Además, el lenguaje verbal debe ser lo más sencillo posible, evitando la jerga médica y el lenguaje no verbal debe buscar brindar tranquilidad y seguridad al paciente, cuidando nuestros gestos, posturas y miradas, de ser posible, debemos sentarnos al mismo nivel que el paciente, dejar la historia clínica de lado y mostrar nuestras manos con gestos sencillos y pausados. La idea de todo esto es no solo brindar información, sino también realizar un diálogo terapéutico.

5) *E-Addressing the Patient's Emotions with Empathic Responses*: Una vez recibida la información, las emociones de los pacientes pueden ser muy variables. Es importante determinar las reacciones que se presentan ya que de estas dependerán que la información brindada sea

captada adecuadamente, para esto debemos plantearnos: a) si la reacción del paciente es socialmente aceptable, b) la reacción está ayudando al paciente a sobrellevar el problema, c) si es modificable o no. Ante cualquier situación, es necesario que el médico se muestre empático, ofreciendo siempre el apoyo necesario a través de declaraciones empáticas: "puedo notar que esta noticia lo molesta", "comprendo que usted no esperaba esta noticia", "sé que esto no es una buena noticia para usted", "lamento tener que informarle", "yo también esperaba un mejor resultado"; preguntas empáticas: "¿cómo se siente al respecto?", "cuénteme más al respecto", "¿podría tratar de explicarme a que se refiere?", "¿podría comentarme que es lo que le preocupa?", "¿qué le asusta?", y respuestas validadoras: "puedo entender cómo se siente", "creo que cualquiera hubiera tenido la misma reacción", "muchos otros pacientes han tenido experiencias similares", "lo que está sintiendo es perfectamente normal, no tiene por qué avergonzarse".

En caso la respuesta del paciente nos impresione como desadaptativa, debemos considerar el solicitar el apoyo de personal capacitado para una intervención breve o en crisis.

6) *S-Strategy and Summary*: Se programará el seguimiento, dejando siempre en claro al paciente que cuenta con nuestro apoyo cuando lo necesite. Antes de programar una cita de seguimiento, es importante desarrollar un plan conjunto, clarificar al paciente cuáles serán los pasos a seguir, desarrollar un plan de contingencia y finalmente hacer un resumen para asegurarnos que la información fue bien recibida.

CONCLUSIONES

El inicio del proceso del duelo se da una vez producida la pérdida, siendo sus manifestaciones cognitivas, emocionales, conductuales y físicas. Entre las principales características de la pérdida, que podrían generar un duelo complicado, están las muertes inesperadas, el duelo en niños y el grado de relación existente entre la persona que desarrolla el duelo

lo y el ser querido perdido. Otro factor importante en el manejo del duelo es el cómo se brinda la mala noticia; para esto se han desarrollado una serie de protocolos, teniendo especial reconocimiento el protocolo SPIKES. Si bien hay otros protocolos, todos hacen énfasis en la importancia de la empatía del emisor, así como en el desarrollo de habilidades de comunicación verbal y no verbal del mismo. El dar malas noticias supone entonces un especial esfuerzo en el emisor, pues se trata de una labor complicada, el cómo realiza esta tarea repercutirá significativamente tanto en el paciente como en los familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bowlby J. La pérdida afectiva: tristeza y depresión. Barcelona: Paidós. 1983: 464 p.
2. Pangrazzi A. El duelo: cómo elaborar positivamente las pérdidas humanas. Madrid: San Pablo. 2006:160p.
3. Bucay J. El camino de las lágrimas. 3 ed. Buenos Aires: Editorial Océano. 2008: 281 p.
4. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Debolsillo. 2005: 359 p.
5. Carbodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. An Sist Sanit Navar. 2007;30(3):163-76. DOI: 10.4321/S1137-66272007000600012
6. Vedia V. Duelo patológico: factores de riesgo y protección. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. 2016;4(2):12-34
7. García F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. Med Intensiva. 2006;30(9):452-9. DOI: 10.1016/S0210-5691(06)74569-7
8. Hebert HD, Butera JN, Castillo J, Mega AE. Are we training our fellows adequately in delivering bad news to patients? A survey of hematology/oncology program directors. J Palliat Med. 2009;12(12):1119-24. DOI: 10.1089/jpm.2009.0074
9. Baile WF, Lenzi R, Kudelka AP, Maguire P, Novack D, Goldstein M, et al. Improving physician-patient communication in cancer care: outcome of a workshop for oncologists. J Cancer Educ. 1997;12(3):166-73. DOI: 10.1080/08858199709528481
10. Oikonomidou D, Anagnostopoulos F, Dimitrakaki C, Ploumpidis D, Stylianidis S, Tountas Y. Doctors' Perceptions and Practices of Breaking Bad News: A Qualitative Study From Greece. Health Commun. 2017;32(6):657-66. DOI: 10.1080/10410236.2016.1167991
11. Guillén-López OB, Olascoaga-Mesia AC. Habilidad de los médicos residentes para comunicar malas noticias. Rev Soc Peru Med Interna. 2017;30(2):78-81.
12. Bardales AF, Querevalú DL, Maquera-Afaray J. Comunicación de malas noticias: experiencia en un hospital del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(3):601-10. DOI: 10.17843/rp-mesp.2014.313.103
13. Castillo K. Cómo dar malas noticias [Tesina]. México D.F.: Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia; 2013.

14. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004;363(9405):312-9. DOI: 10.1016/s0140-6736(03)15392-5
15. Herrera A, Ríos M, Manríquez JM, Rojas G. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Rev méd Chile*. 2014;142(10):1306-15. DOI: 10.4067/S0034-98872014001000011
16. 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: 307 p.
17. Falconi E. Guía para comunicar a familiares la muerte repentina en emergencia. *An Fac med*. 2013;74(3):217-9. DOI: 10.15381/anales.v74i3.2638
18. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302
19. Buckman R. A SixStep Protocol. In: Buckman R, editor. *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1992: p. 65-97.
20. Schiaffino B. Pérdidas y duelos a lo largo de la vida [Tesina]. México D.F. : Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia; 2014.
21. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Editorial Masson. 2014.
22. Acinas P. Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 2012;2(1):1-17.