



Percepción de habilidades y prácticas de los médicos para la comunicación de malas noticias en un hospital de cuarto nivel

Perception of a Physician's Skills and Practices in Communicating Bad News in a Fourth-Level Hospital





Autoras

Mónica Manrique Díaz

Pontificia Universidad Javeriana
mmanrique@husi.org.co

 <https://orcid.org/0000-0002-7664-5599>

Fritz Eduardo Gempeler Rueda

Pontificia Universidad Javeriana
gempeler@javeriana.edu.co

 <https://orcid.org/0000-0002-6036-9155>

Diana Carolina Estrada Cano

Pontificia Universidad Javeriana
dcestrada@javeriana.edu.co

 <https://orcid.org/0000-0002-8783-407X>

Andrea De León-García

Pontificia Universidad Javeriana
andreadelgar@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6126-5190>

Diana Carolina Moreno Ormaza

Hospital Universitario San Ignacio
dcmoreno@husi.org.co

 <https://orcid.org/0000-0002-3419-3635>

Resumen

La comunicación de malas noticias en medicina es una habilidad que se desarrolla con la práctica pero que rara vez se enseña formalmente en los currículos médicos. Conocer estas habilidades y prácticas es crucial para mejorar la relación médico-paciente-familia y la humanización de la atención médica. En este estudio descriptivo transversal se encuestó a 396 médicos de un hospital universitario de cuarto nivel en Bogotá, Colombia, para evaluar la percepción respecto a sus habilidades y prácticas para la comunicación de malas noticias. Se encontró que las malas noticias fueron principalmente informadas por los médicos con más experiencia. Discutir diagnósticos catastróficos o el agotamiento de opciones curativas fue el mayor reto percibido. Aunque la mayoría consideró tener buenas habilidades para comunicar malas noticias, muchos carecen de un protocolo formal. La comunicación efectiva de malas noticias requiere de exposición y entrenamiento formal, por lo que es imperativo incluirla en los currículos de medicina.

Abstract

The communication of bad news in medicine is a skill developed through practice, but one which is rarely taught formally in medical curricula. Understanding these skills and practices is crucial for improving the physician-patient-family relationship and for humanizing medical care. This cross-sectional descriptive study surveyed 396 physicians from a fourth-level university hospital in Bogotá, Colombia, to assess their perceptions of their skills and practices in delivering bad news. The study found that bad news was mainly delivered by more experienced physicians. Discussing catastrophic diagnoses or the exhaustion of curative options was perceived as the greatest challenge. Although most physicians considered themselves skilled in delivering bad news, many lacked a formal protocol. Effective communication of bad news requires both exposure and formal training, highlighting the need to include this topic in medical curricula.

Key words

Comunicación en salud; dar malas noticias; relación médico-paciente; educación médica.

Health communication; breaking bad news; physician-patient relations; medical education.

Fechas

Recibido: 18/08/2024. Aceptado: 17/06/2025



1. Introducción

La comunicación de malas noticias es una de las tareas más complejas y sensibles en la práctica médica. Una mala noticia es definida como cualquier información que afecta grave y adversamente la opinión de un individuo sobre su futuro (Buckman, 1992). El impacto de esta información es individual y está determinado por múltiples factores que son independientes del nivel de gravedad que el médico considere que tiene la información en mención.

La veracidad es un principio ético fundamental en la relación médico-paciente. No comunicar la verdad no solo rompe la confianza del paciente, sino que vulnera su autonomía y derechos. La forma en la que se transmite la información puede resultar tan perjudicial como la omisión misma si no se cuenta con las habilidades suficientes para comunicar adecuadamente cualquier noticia que afecte de una u otra forma las expectativas del individuo.

La veracidad es un principio ético fundamental en la relación médico-paciente. No comunicar la verdad no solo rompe la confianza del paciente, sino que vulnera su autonomía y derechos

Reconociendo la complejidad de este proceso, se han descrito diferentes protocolos que permiten estructurar el acto informativo con el fin de lograr una mejor comunicación a la hora de enfrentarnos a una mala noticia. Uno de los más utilizados en el ámbito médico es el SPIKES, traducido al castellano como EPI-CEE, un acrónimo que involucra 6 pasos: entorno, percepción, invitación, comunicación, empatía y estrategia (Buckman, 2005; Torregrosa Almonacid et al., 2020). Otros protocolos, como el ABCDE y el protocolo de 10 pasos de McGuigan, abordan elementos similares, resaltando la importancia del entorno y la validación de las emociones del paciente, pero también invitando a indagar respecto a qué sabe y qué desea saber el paciente (Bascuñán y Luengo-Charath, 2022).

A pesar de la existencia de estos recursos, la comunicación de malas noticias continúa siendo un proceso desafiante y emocionalmente exigente para el personal médico (Tranberg y Brodin, 2023). En el presente estudio se aplicaron encuestas a los médicos de un hospital universitario de cuarto nivel para describir las percepciones respecto a sus prácticas y habilidades para la comunicación de malas noticias.

2. Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, tipo encuesta, cuya población de estudio fue el personal médico del Hospital Universitario San Ignacio, un hospital universitario de cuarto nivel en Bogotá, Colombia. Se incluyó el personal que ejercía en los escenarios de urgencias, consulta externa, hospitalización y salas de cirugía, y que respondieron al cuestionario compartido por medio del correo electrónico y redes institucionales.



Se aplicó un cuestionario a través de la plataforma REDCap para evaluar la percepción sobre las habilidades para la comunicación de malas noticias en la población de interés. Este instrumento se elaboró a partir de cuestionarios publicados en otros estudios con objetivos similares, referenciado en la bibliografía (Al-Mohaimeed y Sharaf, 2013; Baile et al., 2000, 2002; Ferreira Da Silveira, Carvalho Botelho et al., 2017; Jameel et al., 2012) y fue adaptado a nuestro contexto e idioma. Previo a su aplicación se realizó una prueba piloto para verificar la claridad y comprensión de las preguntas por parte de los participantes.

El cuestionario constó de 15 preguntas de opción múltiple organizadas en dos secciones (ver imagen 1). La primera recopiló la información demográfica, incluyendo sexo, edad, nivel de formación, servicio de práctica y años de experiencia médica. La segunda exploró las prácticas y percepción individuales de las habilidades sobre la comunicación de malas noticias, incluyendo aspectos relacionados con la forma y el contenido de la comunicación, retos percibidos, entrenamiento previo y uso de planes o estrategias para tal fin.

3. Resultados

396 médicos respondieron la encuesta, 56,6% de sexo femenino, con una mediana de edad de 31 años (rango: 20-66 años). En cuanto al nivel de formación, predominó el grupo de residentes (51,0%) y especialistas (46,2%) con una proporción baja de médicos generales (2,8%). Respecto a los años de experiencia en medicina, se observó una tendencia descendente, la mayoría de los profesionales reportó menos de 5 años de experiencia (34,5%) seguido por entre 5 y 10 años de experiencia (28,2%). La mayoría de encuestados ejerce en servicios no quirúrgicos, especialmente pediatría (12,2%), geriatría (9,6%), medicina de urgencias (9,1%) y psiquiatría (8,6%).

En el proceso de comunicar malas noticias, se evidenció que estas suelen ser informadas por los médicos con mayor experiencia, los especialistas docentes (68,7%)

En el proceso de comunicar malas noticias, se evidenció que estas suelen ser informadas por los médicos con mayor experiencia, los especialistas docentes (68,7%). Aproximadamente la mitad de los médicos reportó dar malas noticias entre 1-5 veces en un mes promedio (54,8%), seguido por entre 5-10 veces (24,8%). Respecto al escenario donde estas son comunicadas, la mayoría reportó buscar un lugar privado y tranquilo (38,7%) o un consultorio (32,2%).

El 87,6% de los participantes respondió que brinda la información con lenguaje claro, comprensible y sin términos técnicos, el 68,4% que logra resolver dudas y el 50,5% que busca explicar con detalle. Algunos profesionales (6,0%) también reportaron dar esperanza, aunque no existiese. Se evidenció una amplia exploración de contenidos durante la conversación, con más del 50% de los médicos indagando lo que sabe el paciente de su condición, qué le preocupa, qué espera y qué desea saber. Solo 3,5% de los profesionales reportaron solo informar la noticia sin mayor exploración.



Imagen 1. Cuestionario

Percepción de habilidades y prácticas de los médicos para la comunicación de malas noticias

Page 1

0 La presente encuesta hace parte de un proyecto de investigación para realizar una aproximación a la percepción de habilidades y prácticas de los médicos para la comunicación de malas noticias en el Hospital Universitario San Ignacio. La participación en este estudio es libre y voluntaria. Los datos se mantendrán completamente anónimos y la información será guardada en un software institucional (Redrap) que solo estará al alcance de los investigadores.

Usted confirma su participación en este estudio:

1 Edad _____

2 Sexo Femenino Masculino

3 Nivel de formación Médico general Residente Especialista

4 Servicio de práctica Medicina interna Neurología Psiquiatría Pediatría Anestesiología Cirugía Ginecología Oftalmología Otorrinolaringología Urología Neurocirugía Ortopedia Medicina de urgencias Dermatología Radiología Otra

5 Años de formación médica Menos de 5 años 5-10 años 10-20 años 20-30 años Más de 30 años

Habilidades en la comunicación de malas noticias

6 ¿Quién es el personal que con mayor frecuencia comunica mala noticias en área de trabajo? Especialista docente Residente mayor Residente menor Médico general

7 En un mes promedio, ¿con qué frecuencia debe informar malas noticias (diagnóstico, enfermedad progresiva, falta terapéutica, agotamiento de opciones curativas, recurrencia de enfermedad, etc) a un paciente o su familia? Nunca 1-5 veces 5-10 veces 10-20 veces Más de 20 veces

7 ¿En qué escenario comunica con mayor frecuencia una mala noticia? Lugar privado y tranquilo Habitación compartida Consultorio Pasillo

8 ¿De qué manera comunica una mala noticia? (Opción múltiple) Con lenguaje claro, comprensible y sin términos técnicos Explica con detalle Deja espacio al paciente, aunque no exista intimidad o relación de confianza Explica de manera técnica y detallada Se pone en el lugar del paciente Resuelve dudas

9 ¿Qué contenidos explora en la conversación con el paciente al comunicarle una mala noticia? (Opción múltiple) Qué sabe el paciente de su condición Qué quiere saber el paciente Qué le preocupa al paciente Qué espera el paciente Solo informa

11 ¿Cuál considera que es el mayor reto al comunicar malas noticias? Discutir un diagnóstico catastrófico o agotamiento de opciones curativas Udar con la reacción emocional del paciente Dejar que el tema adecuado a la conversación Ser honesto sin afectar emocionalmente al paciente Incluir a la familia o amigos en la discusión Temor a quejas o demandas legales Controlar su propia reacción emocional Ninguna

12 ¿Cómo considera su habilidad en la comunicación de malas noticias? Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

13 ¿Ha recibido entrenamiento en la forma de comunicar malas noticias? Entrenamiento formal Observación directa de docentes o colegas Ambas No he recibido entrenamiento

14 Cuando comunica malas noticias, ¿tiene algún plan o estrategia previamente preparada en mente? Plan o estrategia consciente y estructurado Algunas ideas o técnicas sin un plan sólido No tiene aproximación consistente

15 ¿Cree que una estrategia para comunicar malas noticias puede ser una herramienta de ayuda en su práctica profesional? Sí No



En cuanto a los principales retos identificados en la comunicación de malas noticias, las respuestas más frecuentes fueron discutir un diagnóstico catastrófico o el agotamiento de las opciones curativas (26,3%), lidiar con la reacción emocional del paciente (23,7%) y dedicar el tiempo adecuado a la conversación (23,2%). Entre las menos frecuentes se reportaron incluir a la familia o amigos en la discusión (2,3%) y el temor a quejas o demandas legales (1,8%).

En la autopercepción de sus habilidades para comunicar malas noticias, la mayoría respondió tener buena habilidad (72,4%), seguida por habilidad regular (15,2%). En cuanto al entrenamiento recibido, el 37,7% de los profesionales reportó aprender mediante la observación directa de docentes o colegas, 19,6% haber recibido entrenamiento formal y 17,8% ambas. Un porcentaje significativo indicó no haber recibido ningún tipo de entrenamiento (24,8%).

Sobre la planificación previa a la comunicación, más de la mitad reportó tener algunas ideas o técnicas sin un plan sólido (53,4%) y un porcentaje relevante un plan o estrategia consciente y estructurado (37,9%). Casi la totalidad de médicos que respondieron a la encuesta (98,2%) concordaron en que disponer de una estrategia para comunicar malas noticias sería una herramienta útil en su práctica profesional.

Comparando las respuestas según el nivel de formación, se encontró una distribución similar entre especialistas, residentes y médicos generales en cuanto a la autopercepción de sus habilidades. También se observó uniformidad en los retos percibidos al comunicar una mala noticia, con excepción de un mayor número de residentes que reportaron preocupación por la reacción emocional del paciente en comparación con los especialistas (12,2% vs. 9,8%).

En relación con el entrenamiento, un mayor porcentaje de residentes indicó haber sido formado tanto de manera formal como mediante la observación de docentes respecto a los especialistas (11,4% vs. 6,0%), así como no haber recibido ningún tipo de entrenamiento (14,5% vs. 9,8%). No se observaron diferencias significativas en el tipo de entrenamiento recibido según los años de experiencia, aunque parece haber una tendencia a que los médicos con menor tiempo de ejercicio profesional hayan tenido acceso tanto a formación formal como a aprendizajes por observación directa.

Se evidenció una posible correlación entre los años de experiencia médica y la autopercepción de habilidad para comunicar malas noticias. Los médicos con 10-20 años de experiencia reportaron con mayor frecuencia tener una habilidad muy buena, mientras que aquellos con menos de 5 años y entre 5-10 años reportaron más frecuentemente tener una habilidad regular.

Hubo una distribución similar en cuanto a los retos para la comunicación de malas noticias reportados por los médicos, con la excepción de las opciones de lidiar con la reacción emocional del paciente y de ser honesto sin afectar emocionalmente al paciente, más frecuentemente elegidas por los médicos con menos años de experiencia.

Sobre la planificación previa a la comunicación, más de la mitad reportó tener algunas ideas o técnicas sin un plan sólido (53,4%) y un porcentaje relevante un plan o estrategia consciente y estructurado (37,9%)



4. Discusión

La comunicación de malas noticias en medicina es una habilidad que se fortalece con la práctica y la experiencia. En muchas ocasiones no es enseñada ni forma parte de los currículos médicos, lo que sugiere que el aprendizaje entorno a este proceso ocurre principalmente a través de la observación de colegas con mayor experiencia o de encuentros en los que se informa un diagnóstico, pronóstico, intervención o desenlace sin contar con un plan estructurado, protocolo o bases metodológicas claras.

El proceso de informar en medicina ha atravesado una transición a lo largo del tiempo. En la década de 1950, desde una mirada paternalista, se decidía qué información se daba al paciente según su gravedad o impacto; la entrega de información completa no era parte de la práctica médica cotidiana. En un estudio realizado por Kline, el 90% de los médicos prefería no informar el diagnóstico de cáncer a sus pacientes (Kline y Sabin, 1951). Solo hasta la década de 1980 emergieron la veracidad, confidencialidad y confianza como directrices de la relación médico-paciente-familia. Estudios posteriores

demostraron que la mayoría de los pacientes con enfermedades terminales prefieren conocer su diagnóstico, pronóstico y probabilidades de éxito del tratamiento ofrecido (De Vleminck et al., 2015; Jenkins et al., 2001).

La discusión actual se centra en cómo debe comunicarse la información. De forma efectiva, sencilla, empática y humana. Combinar estos elementos en un encuentro humano cargado de múltiples emociones, no solo representa un reto, sino que requiere preparación. La información es importante, por cuanto le permite al paciente apropiarse de su situación, ejercer como sujeto libre, planificar el futuro y ser capaz de autodeterminarse respetando su autonomía. El deber moral del médico es comunicar la verdad, entendida no solo como lo que se sabe sobre la enfermedad y su tratamiento, sino también a lo que se desconoce. De igual forma, se debe evitar ofrecer intervenciones fútiles, de dudoso beneficio y con potencial de generar un daño mayor al paciente, lo cual iría en contra del principio ético fundamental de no maleficencia (Torregrosa Almonacid et al., 2020).

En este estudio, más del 20% de los encuestados reportó no haber recibido ningún tipo de entrenamiento para la comunicación de malas noticias, y un porcentaje significativo (37,7%) indicó aprender mediante la observación directa de docentes o colegas. Esto resalta la necesidad de implementar planes de formación y capacitaciones que permitan desarrollar y fortalecer las estrategias de comunicación en todo el personal médico. Casi la totalidad de los participantes (98,2%) coincidió en que contar con una estrategia específica para comunicar malas noticias puede ser de gran utilidad en su práctica profesional.

Este estudio refleja la evolución histórica del proceso de comunicación, la mayoría de los encuestados manifestó proporcionar a sus pacientes toda la información necesaria con un lenguaje claro. Sin embargo, persisten retos importantes como discutir un

La discusión actual se centra en cómo debe comunicarse la información. De forma efectiva, sencilla, empática y humana. Combinar estos elementos en un encuentro humano cargado de múltiples emociones, no solo representa un reto, sino que requiere preparación



diagnóstico catastrófico o el agotamiento de las opciones curativas, enfrentarse a la reacción emocional del paciente y dedicar el tiempo adecuado a la conversación, lo que concuerda con lo reportado en la literatura (Francis y Robertson, 2023).

A pesar del desarrollo de herramientas para mejorar este proceso, se ha documentado que muchos médicos desconocen su existencia (Ferreira Da Silveira et al., 2017). Esta situación refuerza la importancia de incluir la comunicación de malas noticias, y el beneficio de usar dichas herramientas, en los programas de formación médica. En este estudio, la mayoría de encuestados señaló que brinda la información con lenguaje claro, comprensible y sin términos técnicos, logrando resolver dudas y explicar con detalle.

No obstante, solo alrededor del 50% manifestó explorar activamente aspectos como lo que sabe el paciente de su condición, qué le preocupa, qué espera y qué desea saber. Además, un 3,5% indicó limitarse a solo informar la noticia, sin profundizar en otros aspectos durante la conversación. Esto se relaciona con las discrepancias que se han reportado entre lo que los médicos consideran importante para los pacientes y lo que estos realmente valoran al recibir la información (Sweeny et al., 2013).

Los hallazgos de este estudio reflejan la complejidad inherente a la comunicación de malas noticias en el ejercicio médico y evidencian avances tanto en las prácticas actuales como en áreas que pueden fortalecerse en los procesos de formación en medicina. Incorporar estrategias formales de enseñanza y reflexión sobre este proceso puede contribuir a una atención más humana, ética y centrada en el paciente.

No obstante, solo alrededor del 50% manifestó explorar activamente aspectos como lo que sabe el paciente de su condición, qué le preocupa, qué espera y qué desea saber. Además, un 3,5% indicó limitarse a solo informar la noticia, sin profundizar en otros aspectos durante la conversación

5. Conclusión

La comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario es una habilidad que se consolida a partir de la exposición y la práctica cotidiana, pero requiere de entrenamiento formal y su incorporación explícita en los currículos de formación médica. La adecuada comunicación implica mucho más que el contenido de una información, pues requiere de actitud, empatía, escucha, lenguaje no verbal y una serie de herramientas adicionales que facilitan una relación médico-paciente-familia más ética y humana.

Este estudio permite reconocer la necesidad de implementar estrategias desde el pregrado y posgrado que permitan consolidar esta habilidad como parte imprescindible de la práctica médica, así como planes de mejora y capacitación continua para todo el personal de salud. Esto contribuirá al ejercicio de una medicina más humanizada, a impactar de forma positiva en la relación médico-paciente-familia y a fortalecer el rol del paciente como agente moral activo en su proceso de atención.



6. Limitaciones del estudio

Aunque no todos los médicos respondieron la encuesta, dado que el muestreo se realizó mediante la invitación a participar de forma voluntaria y anónima por medio de correo institucional, se alcanzó una muestra significativa de más del 70% del personal médico que labora en el hospital.

Aunque no todos los médicos respondieron la encuesta, dado que el muestreo se realizó mediante la invitación a participar de forma voluntaria y anónima por medio de correo institucional, se alcanzó una muestra significativa de más del 70% del personal médico que labora en el hospital

Consideramos que la validez interna es adecuada. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que en la institución se han realizado previamente jornadas de formación de profesionalismo y humanismo, específicamente en torno al arte de comunicar malas noticias, por tanto, los resultados podrían no extrapolarse directamente a otras instituciones que no cuenten con procesos similares de formación continua.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta que, aunque el cuestionario se realizó con base en otros previamente utilizados en la literatura, no existe un instrumento con validación formal en población colombiana o en el contexto institucional, lo que puede afectar su validez externa o la precisión contextual.

Finalmente, estos datos se basan en la percepción que los médicos tienen de sus propias habilidades, lo que puede introducir un sesgo de deseabilidad social y que algunos hayan sobreestimado sus habilidades o respondido de acuerdo con lo que consideran socialmente aceptable, sin que esto refleje la práctica real.

Referencias

Al-Mohaimeed, A. A. y Sharaf, F. K. (2013). Breaking Bad News Issues: A Survey Among Physicians. *Oman Medical Journal*, 28(1), 25. <https://doi.org/10.5001/OMJ.2013.05>

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A. y Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302-311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>

Baile, W. F., Lenzi, R., Parker, P. A., Buckman, R. y Cohen, L. (2002). Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *Journal of Clinical Oncology*, 20(8), 2189-2196. <https://doi.org/10.1200/JCO.2002.08.004>

Bascuñán, R. M. L. y Luengo-Charath, M. X. (2022). Protocolos de comunicación de malas noticias en salud: limitaciones, desafíos y propuestas. *Revista médica de Chile*, 150(9), 1206-1213. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000901206>

Buckman, R. (1992). *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Johns Hopkins University Press. <https://doi.org/10.3138/9781487596989>

Buckman, R. A. (2005). Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2(2), 138-142. [https://doi.org/10.1016/S1548-5315\(11\)70867-1](https://doi.org/10.1016/S1548-5315(11)70867-1)



De Vleminck, A., Pardon, K., Roelands, M., Houttekier, D., Van Den Block, L., Vander Stichele, R. y Deliens, L. (2015). Information preferences of the general population when faced with life-limiting illness. *European Journal of Public Health*, 25(3), 532-538. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku158>

Ferreira Da Silveira, F. J., Botelho, C. C. y Valadão, C. C. (2017). Breaking bad news: doctors' skills in communicating with patients: Dando más noticias: a habilidade dos médicos em se comunicar com os pacientes. *São Paulo Medical Journal*, 135(4), 323. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.20160221270117>

Francis, L. y Robertson, N. (2023). Healthcare practitioners' experiences of breaking bad news: A critical interpretative meta synthesis. *Patient education and counseling*, 107. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.107574>

Jameel, A., Noor, S. M. y Ayub, S. (2012). Survey on perceptions and skills amongst postgraduate residents regarding breaking bad news at teaching hospitals in Peshawar, Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 62(6), 585-589.

Jenkins, V., Fallowfield, L. y Saul, J. (2001). Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *British journal of cancer*, 84(1), 48-51. <https://doi.org/10.1054/bjoc.2000.1573>

Kline, N. S. y Sabin, J. (1951). The psychological management of cancer cases. *Journal of the American Medical Association*, 146(17), 1547-1551. <https://doi.org/10.1001/JAMA.1951.03670170001001>

Sweeny, K., Shepperd, J. A. y Han, P. K. J. (2013). The goals of communicating bad news in health care: do physicians and patients agree? *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 16(3), 230-238. <https://doi.org/10.1111/J.1369-7625.2011.00709.X>

Torregrosa Almonacid, L., Gempeler Rueda, F. E. y Silva Herrera, J. M. (2020). Conversaciones difíciles en medicina: el profesionalismo y humanismo en el arte de comunicar malas noticias. *Universitas Medica*, 61(1), 74-83. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-1.conv>

Tranberg, M. y Brodin, E. M. (2023). Physicians' Lived Experience of Breaking Bad News in Clinical Practice: Five Essentials of a Relational Process. *Qualitative Health Research*, 33(14), 1349. <https://doi.org/10.1177/10497323231197534>