

# **LA COMUNICACIÓ DE MALES NOTÍCIES EN L'ÀMBIT DE LA SALUT**



**Andrea Chaves Narvaez**  
**Tutora: Dra. Silvia Espinosa Mirabet**  
**Grau de Publicitat i Relacions Públiques**

Resum: El treball es basa en l'estudi de la comunicació de males notícies en l'àmbit sanitari, tenint com a objectius conèixer com es transmeten les males notícies a les diferents àrees sanitàries de Catalunya i analitzar quina és la formació que els metges han rebut d'aquest àmbit durant la seva trajectòria universitària. Per tal d'arribar als resultats, s'ha realitzat una anàlisi qualitativa amb una mostra aleatòria i representativa dels diversos territoris de Catalunya, adoptant com a eina metodològica l'entrevista en profunditat. Entre els resultats obtinguts, s'ha observat com un 75% dels entrevistats no utilitza cap protocol o guia per la comunicació de males notícies i com un 83% dels mateixos no han rebut formació sobre aquest aspecte a la universitat.

Paraules clau: Comunicació, males notícies, salut, sanitaris, protocol

Abstract: The paper consists in the study of how to break bad news in the health area. The aims of this project are, on the one hand to know how doctors deliver bad news in the regions of Catalunya and on the other hand, to analyse what type of training doctors have picked up in this domain during their career path. To get the results, I have done a qualitative analysis with a random and representative sample of Catalunya's areas. Specifically, the in-depth interview has been used as a methodological tool. Among the results obtained, it was observed that 75% of the interviewees don't apply any protocol or guide for the communication of bad news and also that 83% of them haven't received training on this aspect at university.

Key words: Communication, bad news, health, sanitary, protocol

## AGRAÏMENTS

*En primer lloc m'agradaria mostrar el meu agraïment a la tutora d'aquest treball, la Dra. Silvia Espinosa per tot el suport i ajuda durant tot el desenvolupament d'aquesta recerca.*

*Seguidament, agraeixo la col·laboració de tots els professionals sanitaris que, tot i la situació de pandèmia, han pogut proporcionar-me els seus coneixements a través de les entrevistes.*

*Finalment, dono les gràcies a la meva família i a tots els que m'envolten que m'han donat forces en tot moment d'aquest procés.*

# INDEX

1.	INTRODUCCIÓ .....	6
2.	OBJECTIUS I PLANTEJAMENT DEL PROBLEMA .....	6
3.	MARC TEÒRIC .....	7
3.1.	Definició de males notícies .....	7
3.2.	La dificultat de comunicar males notícies: Com ho viuen els metges i pacients	8
3.3.	Aspectes verbals i no verbals en la comunicació d'una mala notícia .....	9
3.4.	SPIKES: El protocol per comunicar males notícies.....	10
4.	METODOLOGIA.....	12
5.	ANÀLISI DELS RESULTATS.....	13
5.1.	Formació en comunicació a la universitat .....	13
5.2.	Ús de protocols o guies orientatives per comunicar males notícies .....	14
5.3.	La importància de l'experiència .....	14
5.4.	Tècniques que utilitzen els professionals entrevistats .....	15
5.5.	Espai adient per transmetre la informació .....	16
5.6.	Ús del llenguatge.....	16
5.7.	Reacció més comuna del pacient.....	17
5.8.	Influència de la religió i la cultura en la reacció dels pacients .....	17
5.9.	Comunicar la mala notícia als familiars i als pacients conjuntament o per separat?	18
5.10.	Influència de l'edat del pacient.....	19
5.11.	Contrast entre la percepció que tenen d'un mateix Hospital un pacient i un Doctor i un familiar i un Doctor .....	19
6.	CONCLUSIONS .....	21
7.	BIBLIOGRAFIA .....	24

## INDEX DE TAULES

Taula 1: Evolució cronològica de les necessitats d'informació dels pacients (p. 8)

Taula 2: Evolució cronològica sobre com metges donen les males notícies (p. 8)

Taula 3: Aspectes verbals i no verbals en la comunicació de males notícies (p. 10)

Taula 4: Formació en comunicació a les universitats (p.13)

Taula 5: Comparació de respostes de la Doctora entrevistada de l'Hospital Josep Trueta i del pacient entrevistat del mateix hospital (p.20)

Taula 6: Comparació de les respostes de l'Oncohematòloga pediàtrica de l'Hospital Vall Hebron i el familiar d'un pacient d'aquest mateix Hospital. (p. 20-21)

## INDEX DE GRÀFICS

Gràfic 1: Ús de protocols o guies orientatives per comunicar males notícies (p.14)

Gràfic 2: Tècniques que utilitzen els professionals entrevistats (p.15)

Gràfic 3: Espai adient per transmetre la informació (p.16)

Gràfic 4: Ús del llenguatge (p.16)

Gràfic 5: Reacció més comuna del pacient (p. 17)

Gràfic 6: Comunicar la mala notícia als familiars i als pacients conjuntament o per separat? (p. 18)

# 1. INTRODUCCIÓ

El treball neix de la necessitat i curiositat d'analitzar un camp totalment diferent de la comunicació; la comunicació entre professionals sanitaris i pacients, o familiars, d'aquests. La tasca de comunicar males notícies és una tasca complexa i, és per això que es vol estudiar si en aquest àmbit es troben guies i protocols per tal que la comunicació sigui eficient i que es creï un vincle entre les dues parts amb bidireccionalitat, confiança i que recolzi al malalt a lluitar en la situació en què es troba.

La idea inicial era centrar-me en dos targets específics; per una banda, observar les pautes de seguiment de l'Hospital Sant Joan de Déu a l'hora de comunicar mals pronòstics i, per altra banda, la comunicació de males notícies a l'Institut Guttmann, especialistes en tractament medicoquirúrgic i rehabilitació integral de les persones amb lesió medul·lar, dany cerebral adquirit o amb una altra discapacitat d'ordre neurològic (Institut Guttmann, 2017). No obstant això, a causa de la pandèmia global del COVID-19, ha estat impossible treballar directament amb les fonts que s'havien previst i finalment, l'enfocament del treball s'ha modificat, emprant com a mostra algunes fonts representatives del conjunt sanitari de Catalunya. A més, a causa del virus, també ha estat impossible realitzar les entrevistes als professionals personalment.

Per tant, l'objectiu principal d'aquest estudi és conèixer com els metges comuniquen les males notícies, sabent així quins són els seus patrons i si segueixen guies orientatives o protocols.

La idea de realitzar aquest treball va ser de la meua tutora Silvia Espinosa i em va semblar bona idea, ja que és una manera diferent d'entendre la comunicació de la qual estem acostumats a estudiar en 4 anys i, també, perquè considero que hi ha un buit en l'anàlisi d'aquesta.

En aquesta recerca primer trobarem el marc teòric, on l'objectiu principal és entendre què és una mala notícia i conèixer quins són els aspectes i factors rellevants a l'hora de donar-ne. Seguidament, s'explicarà el mètode que s'ha emprat per aconseguir els resultats i s'analitzaran detalladament per cercar respostes i arribar a diferents conclusions.

## 2. OBJECTIUS I PLANTEJAMENT DEL PROBLEMA

En aquest estudi s'analitzarà la manera en la qual els metges transmeten les males notícies als seus pacients, quines tècniques utilitzen i quins són els aspectes essencials. Per un altre costat, s'investigarà quina és la formació que reben aquests professionals en aquest àmbit i se'ls preguntarà el seu paper sobre si consideren que és suficient o no.

El principal objectiu del treball és doncs conèixer com els professionals sanitaris de diferents àrees de salut de Catalunya comuniquen les males notícies als pacients i familiars. També, es té com a segon objectiu analitzar quina és la formació que es rep en aquest àmbit durant la trajectòria universitària de cadascun dels entrevistats.

Tal com em va dir el Doctor Jordi Jové en una entrevista personal per aquesta recerca, "La carrera de medicina és una carrera que sempre els hi deia als meus alumnes que

era de lletres; si perquè hauràs de comunicar, de prendre decisions, hauràs d'analitzar el que t'expliquen i saber explicar, una sèrie de coses que entraven molt en aquest terreny humanístic de la medicina" (J. Jové, entrevista personal el 8 d'abril de 2020)

### 3. MARC TEÒRIC

#### 3.1. Definició de males notícies

És essencial aclarir i explicar d'entrada que s'entén per males notícies i quins són els aspectes que s'han de tenir en compte amb relació a aquest concepte.

Es poden trobar una gran varietat de definicions sobre què són les males notícies; Buckmann (1984), Nomen (2008), Gómez (2006) i Scher (1993), afirmen que les males notícies són aquelles que modifiquen radicalment i negativament la visió que té una persona de si mateix i del seu futur, fent que aquesta senti manca d'esperança, amenaça al seu benestar i disminució de les opcions de viure. Tal com esmenten Payán (2012) i Bascuñán (2013), la forma en què es donen les males notícies influeix considerablement en la percepció que té el pacient de la seva malaltia, en la relació entre aquest i el metge i finalment, en la capacitat del metge per afrontar les emocions i les seves pròpies pors, com poden ser, la mort.

En comunicar les males notícies, no només s'han de tenir en compte els malalts, sinó que també s'ha de posar l'accent en l'impacte que pot tenir en els familiars i en les persones que envolten el malalt.

És per això que Rodríguez (2010), metge de família de Biscaia, destaca la importància dels familiars i persones que rodegen al pacient:

“En nuestro entorno, el problema de la mala noticia tiene que ver también con cómo hablar con los familiares del paciente. La familia, hoy en día, continúa siendo la principal fuente de apoyo para los pacientes. Por su parte, la familia del paciente también experimenta miedos y preocupaciones y elabora sus propias expectativas” (Rodríguez, 2010 p.2)

Per tant, tal com expressa Ruiz del Moral (2004), els objectius de comunicar les males notícies són connectar amb el pacient i amb la família, identificar i comprendre els problemes de salut del pacient, prendre decisions juntament amb aquest i, finalment, ajudar al pacient i, també, a la família a entendre a prendre les seves decisions i a actuar en la situació.

Fixant-nos en anys anteriors, Gómez (2006) explica al llibre *Cómo dar las malas noticias en medicina* que, anteriorment, el model que s'utilitzava era el model paternalista: el metge prenia les decisions sense discutir-les amb el pacient amb l'objectiu de no causar-li més mal; d'aquesta manera aquest gaudia d'una posició autoritària i de llibertat per prendre qualsevol decisió fins i tot sense informar el pacient. Per tant, era essencial la confiança entre malalt i metge.

Tanmateix, actualment tant pacients com metges, opten per la comunicació de la informació de manera clara i honesta, donant tot el coneixement de les opcions als



pacients respecte del tractament i l'oportunitat que tenen aquests de prendre les seves decisions d'acord amb els seus ideals i valors. (Rodríguez, 2006 p.3)

Diferents enquestes realitzades durant la dècada anterior, demostren com els pacients sempre han tingut la necessitat d'estar informats i també si els metges sempre hi ha estat d'acord o no. Així, es pot observar l'evolució de la necessitat dels pacients a la taula 1 i la postura que adopten els metges a la taula 2.

Taula 1: Evolució cronològica de les necessitats d' informació dels pacients

1962	1996
Gilbersten & Wangesteem als Estats Units RESULTAT:80% dels pacients volen estar informats	Neredith & Cols RESULTAT: 79% dels pacients volen la màxima informació possible

Font: Elaboració pròpia a partir de Gómez (2006) p. 54-56, Payán (2012) p.36

a) Taula 2: Evolució cronològica sobre com metges donen les males notícies

1961	1970	1980	1994	1998
Enquesta de D.Oken RESULTAT: 88% dels metges no volen transmetre informació al pacient	Enquesta realitzada a Lille: RESULTAT: 15% dels metges estan a favor d'explicar la realitat i la veritat de la situació	Enquesta realitzada a Gran Bretanya RESULTAT: 76% dels metges no informen de la veritat	Estudi de Fordi & Cols: CONCLUSIONS: Els metges es senten incòmodes comunicant males notícies per falta de temps i per sentiment de tenir poques habilitats en la matèria	Enquesta Per Societat Americana d'Oncologia Anual RESULTATS: 90% dels enquestats no tenen formació en aquest àmbit

Font: Elaboració pròpia a partir de Gómez (2006) p. 54-56, Payán (2012) p.36

### 3.2. La dificultat de comunicar males notícies: Com ho viuen els metges i pacients

En relació amb el metge, és fonamental conèixer els factors que interfereixen en la comunicació de males notícies.

En primer lloc, la formació. Tal com esmenten (Sánchez, Irela, Zaragoza, Campo, Ornelas y Ortega, 2014 p.23) "No estamos preparados para esa situación, nadie nos dice cómo y es por eso que se nos debe preparar por medio de personas especializadas en el tema". Seguidament, els mateixos autors, destaquen la situació personal del metge atès que pot dificultar i obstaculitzar l'accessibilitat i el seguiment del pacient. En tercer lloc, un altre factor a tenir en compte són les experiències prèvies; tot i tindre anys d'experiència, la pràctica de comunicar males notícies segueix sent una de les tasques més complexes en el món de la medicina. Finalment, Beatriz Villa (2007), Gómez (2006) i Alves (2003) manifesten que la por a generar dolor, la por a ser culpable i la por a la mort, entre d'altres, és un dels factors essencials a l'hora d'informar d'una mala notícia. Tanmateix, la por a la qual s'ha de donar més importància i la que està més present és la por legal, és a dir, a les demandes per negligència.

“Gran parte de las demandas por negligencia son debidas en realidad a quejas sobre una mala información. Hay médicos que no escuchan al enfermo, que no explican de forma asequible el diagnóstico, el tratamiento, los riesgos y las secuelas que este último puede producir. Hay que buscar el modo de restablecer la comunicación entre el médico y el paciente, de manera que se desdramatice todo lo que supone una demanda civil” (Gómez, 2006 p.52)

Per altra banda, tal com afirmen Villa (2007), Gómez (2006) i Sánchez, Irela, Zaragoza, Ornelas i Ortega, (2004), la dificultat de comunicar males notícies està directament relacionada amb característiques pròpies dels pacients, com ara l'edat, la cultura, el nivell econòmic o la gravetat de la malaltia, entre d'altres.

“La mala noticia tiene al menos un componente objetivo...y otro componente subjetivo que depende del propio paciente. Por ello, los pacientes responden a las malas noticias influenciados, en gran medida por el contexto psicosocial en el que viven. No es de extrañar, pues, que las malas noticias sean recibidas de diferente manera por cada persona” (Rodríguez, 2010 p.1)

### **3.3. Aspectes verbals i no verbals en la comunicació d'una mala notícia**

José Rodríguez Sanz (2011), metge de família del centre de salut de Segovia, expressa la importància i el rol que juga la comunicació no verbal en aquest tipus de situacions. Tal com diu l'autor, la comunicació no verbal és tan imprescindible inclús més que la verbal; actualment molts dels pacients posen més atenció en allò que mostra el professional que, per contra, en allò que diu. Per tant, en una situació on el missatge verbal i el no verbal són incompatibles, sempre prevaldrà el no verbal. En relació a aquesta idea i a conseqüència d'aquesta, els professionals que són capaços de captar aquests missatges, obtindran una resposta molt més positiva dels pacients.

Seguidament, tal com afirma Sanz, s'han de tenir en compte diferents elements essencials quant a aquest tipus de comunicació.

- Cinèsica: La cinèsica és l'estudi del moviment del cos respecte de la comunicació. Dins d'aquest apartat trobem els gestos, les postures, la mirada i el moviment dels ulls.
- Proxèmica: La proxèmica es refereix a la utilització de l'espai de les persones en aquest procés de comunicació; en aquest apartat sobretot s'haurà de donar importància a la distància entre metge i pacient i a l'espai personal, ja que si s'envaeix pot arribar a causar sensació d'angoixa i ansietat
- Parallenguatge: Tal com expressa Sanz (2011) aquest element consta de la veu i els sons vocals que s'expressen a través de les paraules. Les diferents tonalitats vocals diferenciaran allò que el metge vol transmetre
- Contacte físic: L'autor en qüestió dóna una especial importància a aquest apartat atès que molts dels pacients necessiten calma, tranquil·litat i suport; sentiments que es poden aconseguir a través del contacte físic entre els interlocutors.
- Factors ambientals: Finalment, l'últim element essencial per aconseguir una comunicació no verbal positiva és tenir en compte els factors ambientals; diferents exemples poden ser la temperatura, la llum de l'espai i, fins i tot, la decoració.

De manera que aquest apartat sigui més clar i visual, a partir de diferents articles (Sanz, 2011; Bernardo i Brunet (2010) s'ha elaborat una taula destacant per una banda, els aspectes no verbals i, per altra banda, els aspectes verbals a tenir en compte a l'hora de donar una mala notícia. Aquests dos aspectes han d'anar relacionats i de cap manera es poden contradir (Garcia, 2006)

**Taula 3: Aspectes verbals i no verbals en la comunicació de males notícies**

ASPECTES VERBALS	ASPECTES NO VERBALS
Escolta activa	Cinèsica: gestos, postures, mirada i moviment dels ulls
Paraules d'empatia	Proxèmica: utilització de l'espai
Mostrar interès, preguntar	Parallenguatge: veu i so vocal
Evitar paraules com càncer i mort	Contacte físic: calma, seguretat, tranquil·litat
Llenguatge neutre i frases curtes	Factors ambientals: decoració, soroll de l'ambient, llum i temperatura entre d'altres
Evitar donar falses esperances i reduir la incertesa	Circumstàncies familiars i personals del pacient
Donar la informació pas a pas	Oferir tot el temps que calgui

Font: Elaboració pròpia a partir de Barnaby i Cecilia (2017 p.80), Bernardo i Brunet (2010 p.56) Gómez (2006, p.80), Rodríguez (2010 p.4,5), Rodríguez, Kurtz i Álvarez (2011 p.402-408).

### 3.4. SPIKES: El protocol per comunicar males notícies

L'any 1992, Buckman va desenvolupar un protocol de 6 passos dirigit a professionals de la salut per tal de guiar-los a l'hora de donar una mala notícia. Aquest protocol el va anomenar SPIKES, que és l'acrònim en anglès de Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions i Strategy and Summary.

Al llarg dels anys aquest protocol ha estat versionat per diferents autors; en aquest cas ens fixarem en la versió de Baile, *et al* (2000, p.305). A més, SPIKES va ser traduït posteriorment a l'espanyol amb el nom de EPICEE (entorn, percepció del pacient, invitació, coneixement, empatia i estratègia)

#### 1. Entorn:

Aquesta primera fase, tal com esmenten Herrera, Ríos, Manríquez i Rojas (2014 p.1310) es relaciona amb la preparació tant de l'entorn com del metge per tal de comunicar correctament la mala notícia. Concretament, dins d'aquest primer apartat hem de tenir en compte diferents factors (Bascañan, 2013; Payán, 2012) com poden ser; utilitzar un espai privat on només estiguin presents el metge i familiars, estar assegut a una distància pròxima al pacient, amb una posició còmoda i de seguretat i, si s'escau tenir un contacte físic (per exemple, donar-li la mà) i, finalment, demostrar interès i respecte a l'afectat (Bascañan, 2013; Payán, 2012)

#### 2. Percepció del pacient

Aquí s'estudia què sap el pacient i quina percepció i quins temors té de la seva malaltia. Aquestes percepcions es poden conèixer a partir de preguntes obertes com: "Què t'han

dit que tens fins el moment?”, o “Saps per què es va ordenar fer aquesta prova?”. A més a més, aquestes preguntes i exploracions de què sap el pacient, pot ajudar notablement a corregir informacions falses que té el pacient en qüestió sobre la seva situació.

### 3. Invitació

Tal com expressen (Bascuñan, 2013 p.688; Herrera, Ríos, Manríquez, Rojas (2014 p.1310; Payán 2012 p.38) aquesta fase es relaciona amb saber fins a quin punt el pacient vol estar informat sobre la seva situació. No tots els pacients volen conèixer amb detall allò que està succeint i, és per això, que cal fer preguntes de l'estil “És d'aquelles persones a les quals els agrada conèixer tots els detalls o vol que parlem només del tractament”.

### 4. Coneixement

Una vegada els metges tenen clar què sap i què vol saber el pacient en qüestió, s'informarà el pacient. En aquest punt, cal destacar que els metges han de donar la informació de forma la qual ho puguin entendre (amb un ús del llenguatge poc tècnic i acord amb el nivell educacional del pacient) i en petites dosis per facilitar el processament. A més a més, serà essencial preguntar en cada moment si s'està entenent aquella informació i, si cal, utilitzar algun dibuix o diagrama perquè el pacient ho entengui de la millor manera possible. Aquesta informació podrà ser introduïda amb frases com “Tinc una mala notícia per compartir” o “Desafortunadament tinc notícies series per explicar-li”.

### 5. Empatia

Tal com expressa Bascuñán (2014 p.688) aquesta fase és la més difícil d'aconseguir i també una de les determinants a l'hora de comunicar una mala notícia. Herrera, Ríos, Manríquez i Rojas (2014 p.1310) expressa que la clau està a reconèixer les emocions del pacient i de la seva família per tal de respondre correctament a elles. Entre aquestes reaccions, les més freqüents són la negació, la ràbia, el plor, el silenci o la incredulitat. A més a més, aquesta mateixa autora afirma que una reacció molt comuna és una expressió de “shock” on el metge ha d'oferir el seu suport i solidaritat al pacient a través de frases com “Desitjaria que aquestes notícies fossin millors”

### 6. Estratègia

Finalment, l'última fase consta de resumir la informació que s'ha comunicat al pacient per tal de saber què és allò que ha entès i allò que no. A més a més, es formularà un pla de seguiment de les intervencions posteriors per aconseguir la disminució d'ansietat i incertesa de l'afectat.

Tal com s'ha pogut observar en aquest marc teòric, la diferència entre els articles de fa 10 anys i els articles més actuals, no difereixen en els aspectes més gràfics. L'únic protocol actual que he trobat a l'hora de realitzar aquest apartat ha estat la guia orientativa de l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona del 2017, elaborada per conjuntament per diversos metges i famílies. A més a més, tenint en compte que vivim en l'època d'Internet i de les noves tecnologies, que un article del 2004 i un del 2014 continguin una informació molt similar i explicant el mateix protocol a tots és un punt a destacar. Per tant, no hi ha una evolució teòrica sobre el tema en qüestió.

## 4. METODOLOGIA

Un cop plantejat el marc teòric necessari per entendre els conceptes més bàsics, en aquest apartat es descriurà i es desenvoluparà el mètode d'investigació per tal de saber com comuniquen les males notícies els professionals de diferents àrees sanitàries de Catalunya i de diferents dimensions jeràrquiques, diferents tipus d'especialistes i encarats a públics amb edats i patologies diverses.

La investigació es basa en el mètode qualitatiu, on l'univers és tot el teixit hospitalari de Catalunya. Pel que fa a la mostra, aquesta és aleatòria, qualitativa i representativa de dimensions i territoris diversos de Catalunya. A partir d'aquí, la meua eina metodològica és l'entrevista en profunditat.

Tal com expressen Carmona i Ribot de Flores (2007) l'entrevista en profunditat és una tècnica per recopilar informació sobre un tema determinat que es caracteritza per una conversa llarga, no estructurada i on l'entrevistat expressa lliurement les seves opinions. Per tant, tal com expliquen les autores en qüestió, l'entrevistat serà el que expliqui la seva visió sobre el tema, i l'entrevistador serà qui compregui i interpreti aquesta explicació.

Concretant en els 14 entrevistats, s'hi troben 12 sanitaris i també 1 pacient i 1 familiar d'un pacient. Les dades recollides a través d'aquestes entrevistes realitzades, s'han obtingut per diferents modalitats; 2 telefòniques, 2 mitjançant vídeo trucada amb Skype i Zoom, 8 mitjançant correu electrònic i 2 a través d'àudios amb el Whatsapp. Per tant, hi haurà un total de 12 professionals sanitaris entrevistats. Les entrevistes es troben completes als annexes del treball.

A continuació es mostren els professionals sanitaris, el pacient i el familiar que s'han entrevistat, explicant quina és la seva especialització, on treballen i a quina àrea de Catalunya es troben.

- Clàudia Fina, oncòloga de l'Hospital Doctor Josep Trueta de Girona (número d'habitants de zona d'influència mèdica: 101.852 hab.)
- Mari Luz Uria, Oncohematòloga pediàtrica de l'Hospital Vall Hebrón de Barcelona (número d'habitants de zona d'influència mèdica: 1.636.762 hab.)
- Sara Guila, psicòloga especialista en Incidents amb múltiples afectats de l'Hospital Vall Hebrón de Barcelona (número d'habitants de zona d'influència mèdica: 1.636.762 hab.)
- Teresa Flores, Doctora de Capçalera de l'Hospital Sociosanitari Francolí de Tarragona (número d'habitants de zona d'influència mèdica: 134.515 hab.)
- Raquel Bretón, Infermera de l'Hospital de Figueres (46,654 hab.)
- Jordi Jové, Doctor retirat de capçalera de l'ABS Horts de Miró, Reus IV (número d'habitants de zona d'influència mèdica: 21.360 hab.)
- Alba Cervera, Doctora del CAP de Roses (19.550 hab.)
- Miguel Bretcha, Doctor de capçalera de l'ABS de Sort, Pallars Sobirà (número d'habitants de zona d'influència mèdica: 2.149 hab.)
- Joan Vidal, Director de la clínica privada Institut Khuab, especialistes en oncologia de Barcelona (número d'habitants de zona d'influència mèdica: 1.636.762 hab.)

- Antonio Labad, ex director del centre psiquiàtric privat Institut Pere Mata de Reus (número d'habitants de zona d'influència mèdica: 104.373 hab.)
- Vanessa Sánchez, psiquiatra del centre psiquiàtric privat Institut Pere Mata de Reus (número d'habitants de zona d'influència mèdica: 104.373 hab.)
- Joan Brugués, doctor de capçalera de la clínica privada de medicina general Bayés Consultori de Vic (número d'habitants de zona d'influència mèdica: 46.214 hab.)
- Kevin Martinez, pacient de l'Hospital Doctor Josep Trueta
- Tania Romero, familiar de pacient de l'Hospital Vall Hebrón

## 5. ANÀLISI DELS RESULTATS

### 5.1. Formació en comunicació a la universitat

Tal com s'observa a la taula 4, un 78,5%, no han rebut formació sobre com transmetre males notícies a la universitat. No obstant això, el 100% de la mostra afirma que després dels estudis universitaris s'han format als hospitals on treballen amb diferents cursos sobre la comunicació entre metge i pacient i com donar mals diagnòstics.

Taula 4: Formació en comunicació a les universitats dels sanitaris entrevistats

	Universitat	Formació en comunicació
Doctor ABS Pallars Sobirà	UAB	No
Doctor Institut Khuab	UAB	No
Doctor Bayes Consultori	UAB	No
Doctora Vall Hebron	UAB	No
Doctor retirat ABS Reus	UB	No
Doctor Hospital Sociosanitari Francolí	UB	No
Doctora Hospital Josep Trueta	UB	No
Doctora Institut Pere Mata	UB	No
Doctora Cap Roses	UVIC	Si
Infermera Hospital Figueres	UVIC	Si
Ex Director Institut Pere Mata	UNIZAR	No
Doctora Vall Hebrón	UBA <sup>1</sup>	Si

Font: Elaboració pròpia a partir de les entrevistes realitzades

Com explica la Sara Guila, psicòloga de l'Hospital Vall Hebron especialista en incidents amb múltiples afectats, "La universitat gairebé no dona formació sobre aquest àmbit. [...]"

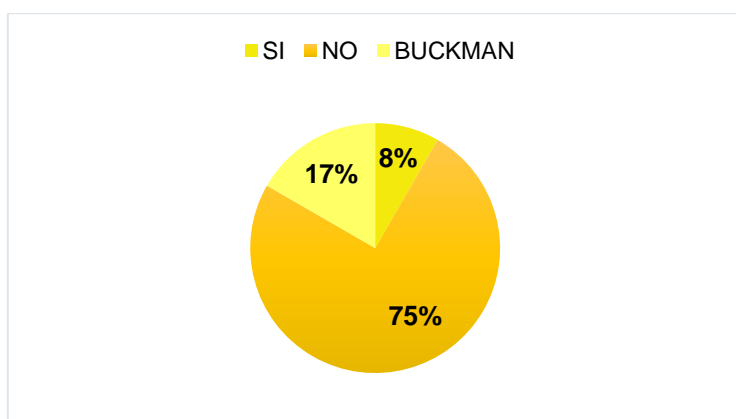
<sup>1</sup> UBA: Universidad de Buenos Aires

És una de les mancances que s'han identificat. Pel que fa al nostre hospital la formació la donem en principi quan ja ets un especialista sanitari o ets resident d'especialitat sanitària i, per tant, ja estàs vinculat als serveis". (S.Guila, entrevista personal 1 d'abril del 2020)

Tal com expressa Joan Vidal, Director de l'Institut Khuab entrevistat per aquesta recerca: "Això és una feina "one to one", cadascú té la seva responsabilitat respecte dels seus pacients".(J.Vidal, entrevista personal 23 de març del 2020).

A més a més, Antonio Labad, ex director de l'Institut Pere Mata i entrevistat el 23 d'abril del 2020, destaca que quan ell va estudiar als anys 60 no hi havia formació però que ara per exemple a la Universitat Rovira i Virgili sí que entren una sèrie de formacions en aquest aspecte, basades en Tallers amb actors que simulen pacients.

## 5.2. Ús de protocols o guies orientatives per comunicar males notícies



Gràfic 1. Font: Elaboració pròpia a partir de les entrevistes realitzades

Com es mostra al gràfic 1, s'exposa si els centres sanitaris on treballen els professionals entrevistats utilitzen algun tipus de protocol o guia orientativa o no. Com es pot observar, un 75% expressen que no utilitzen cap protocol ni guia orientativa mentre que un 8% és a dir, un professional, en aquest cas l'Oncohematòloga pediàtrica de l'Hospital Vall Hebron, ha afirmat que l'hospital compta amb una guia orientativa de males notícies. Finalment, subratllar que, tot i ser el protocol per excel·lència a l'hora de comunicar males notícies, només un 17% de la mostra es guien amb el protocol de Buckman.

"S'ha de destacar que, a part de seguir el protocol, hem de tenir en compte les circumstàncies en la qual es troben els nostres usuaris, tant pel que fa al pacient com a la família, és a dir, s'han de contemplar les necessitats i l'estat emocional d'aquests". (S. Guila entrevista personal 1 d'abril del 2020)

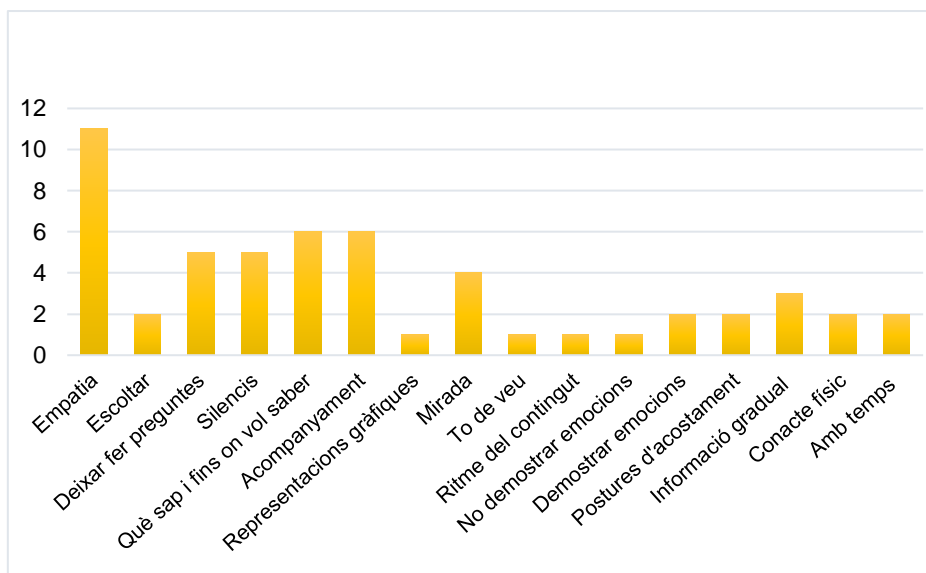
## 5.3. La importància de l'experiència

A les 12 entrevistes realitzades, es mostra com el 100% dels professionals utilitzen les experiències anteriors per millorar o canviar algun patró a l'hora de transmetre una mala notícia. No obstant això, el 25% dels entrevistats destaca que encara que l'experiència sigui un element important, és important distingir que cada cas és diferent i cada pacient és diferent; així ho explica el doctor de capçalera del Bayes Consultori en una entrevista

per aquesta recerca: “Mai es donen dues situacions idèntiques i, per tant no crec que es pugui parlar de patrons, com a molt de línies d’abordatge”. (J. Brugués, entrevista personal 9 d’abril del 2020)

També ho expressava així la Claudia Fina, Doctora de l’Hospital Josep Trueta “Cada situació té les seves peculiaritats i t’has d’intentar adaptar al pacient, entorn i estat de salut”. (C. Fina, entrevista personal 9 d’abril del 2020)

#### 5.4. Tècniques que utilitzen els professionals entrevistats



Gràfic 2. Font: Elaboració pròpia a partir de les entrevistes realitzades

En el gràfic 2, s’observen les tècniques utilitzades i els elements essencials pels professionals sanitaris a l’hora de comunicar males notícies. Hi ha una gran diversitat d’elements esmentats, tot i que s’observa com 11 dels 12 entrevistats utilitzen l’empatia, seguidament d’acompanyament i de saber prèviament a donar la mala notícia què sap el pacient i fins on vol saber (6 de 12 entrevistats). Finalment, cal destacar que els sanitaris donen importància a deixar fer preguntes, als silencis i també a la mirada cap al pacient.

Tal com expressa el director de l’Institut Khuab a l’entrevista realitzada per aquest estudi, “Un cop tens la informació de la realitat d’aquesta malaltia, sempre ho expliques d’una manera no crua ni amb xifres, sinó posant a l’abast del pacient i de la seva família la informació juntament amb les opcions que hi ha per resoldre la informació [...] Per tant, sempre procures que quan dones una notícia amb connotacions no bones, tingui al costat esperança. [...] Inclús en els moments en què dones una informació d’estat terminal, l’esperança està a dir us acompanyarem, estarem al vostre costat”. (J. Vidal, entrevista personal 23 de març del 2020)

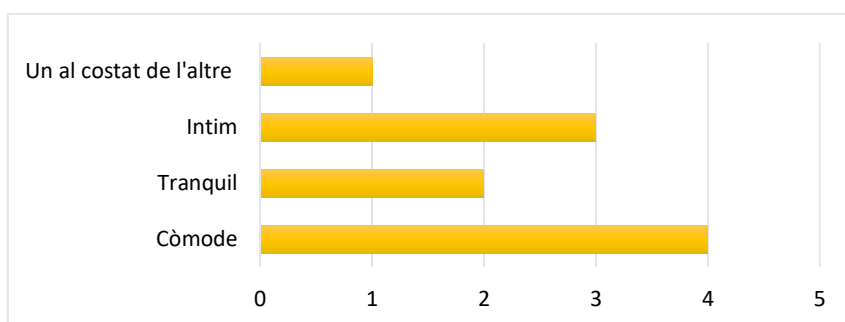
Aquesta mateixa idea la comparteixen l’Alba Cervera del CAP de Roses entrevistada el 17 d’abril del 2020 on comenta que, després de comunicar la mala notícia, explica com afectarà a la vida diària del pacient i el tractament que s’ha de seguir i la Doctora de l’Hospital Josep Trueta que esmenta que és important l’empatia i acompanyar al pacient amb frases com “entenc que és dur acceptar” i deixant la porta oberta a la planificació del tractament.



“Creo que es muy importante que nos sientan cercanos, hacer pausas, darles un momento para que ellos puedan preguntarnos [...] Creo que también es importante no esconder nuestros sentimientos. Si tú le estás diciendo a un padre que su hijo tiene leucemia o que se va a morir, no se lo vas a poder decir con una sonrisa, y no pasa nada porque se den cuenta que estás afectado por la situación, sobre todo cuando son pacientes que conoces desde hace tiempo”. (M. Luz, entrevista personal 20 d’abril del 2020)

### 5.5. Espai adient per transmetre la informació

“Intentamos que sea lo más íntimo y sin interrupciones posibles para que la familia se sienta tranquila y tenga espacio para preguntar, espacio para llorar, espacio para sentirse libre de actuar como lo necesite en ese momento”. (Mari Luz, 20 d’abril del 2020)

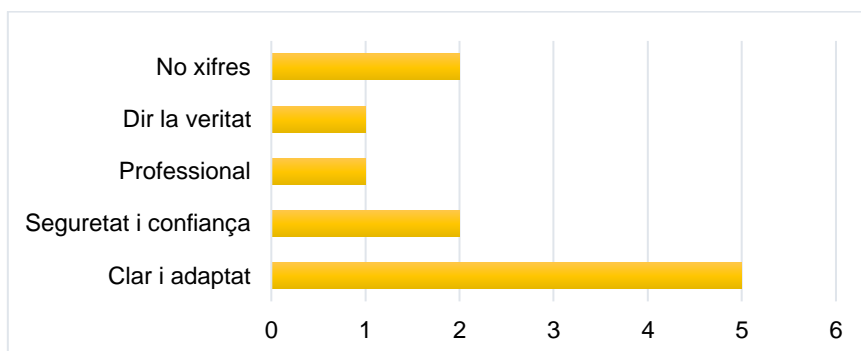


Gràfic 3. Font: Elaboració pròpia a partir de les entrevistes realitzades

Tal com es pot veure al gràfic 3, no tots els entrevistats han esmentat l’espai en el qual s’ha de donar una mala notícia; només 5 ho han fet. No obstant això, s’observa com les característiques importants respecte de l’espai són l’intimidat, la tranquil·litat i la comoditat. A més, el Doctor Jordi Jové, entrevistat el 8 d’abril del 2020, destaca que per ell és important asseure un al costat de l’altre, sense taula al mig de nosaltres i inclús, si és possible, sense la bata posada.

Cal remarcar en aquest apartat que en Miguel Bretcha, entrevistat del territori de Pallars Sobirà el dia 15 d’abril del 2020, ha estat l’únic en esmentar el domicili del pacient com a possible espai per la comunicació d’una mala notícia.

### 5.6. Ús del llenguatge



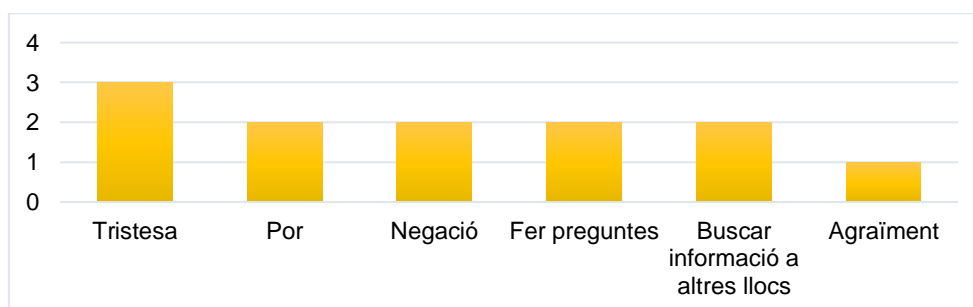
Gràfic 4. Font: Elaboració pròpia a partir de les entrevistes realitzades

Referent al llenguatge, també com en el punt anterior, no tots els entrevistats van donar-li valor. Tot i això, dels 5 que ho van esmentar, tots van posar-se d'acord en el fet que el llenguatge ha de ser clar i adaptat per tal que ho entengui el pacient. Seguidament, destacar la importància de generar seguretat i confiança al malalt i també de no comunicar xifres ni %.

Tal com explica la psicòloga d'incidents amb múltiples afectats de l'Hospital Vall Hebron "Durant anys hi havia un prototip que accentuava que l'aspecte no verbal era més rellevant que el verbal. Per sort, això s'ha anat ajustant i corregint i avui dia considerem que la persona ha de saber donar bé també el contingut verbal, s'ha anat igualant". (S. Guila, entrevista personal 1 d'abril del 2020)

A més, aquesta mateixa professional expressa que no només és important el llenguatge sinó la gradualitat amb què dones la informació, també esmentat per la psiquiatra entrevistada de l'Institut Pere Mata "El llenguatge ha d'estar adaptat i al principi, sobretot el primer dia, és més important que tu sàpigues el que el pacient o la família vol saber[...]. Bàsicament el primer contacte és més que res perquè parlin els altres que no perquè parlis tu" (V.Sánchez, entrevista personal 30 d'abril del 2020)

### 5.7. Reacció més comuna del pacient



Gràfic 5. Font: Elaboració pròpia a partir de les entrevistes realitzades

En el gràfic 5 es destaquen les reaccions més comunes dels pacients esmentades pels professionals entrevistats. Tanmateix, 4 dels 12 professionals expressen que no hi ha reacció comuna en els pacients.

"Depèn molt del tipus de notícia que estigui donant, de l'edat del pacient i de l'estat de salut previ". (A. Cervera, entrevista personal 17 d'abril del 2020)

A més, la psicòloga d'incidents amb múltiples afectats de l'Hospital Vall Hebron també afirma que "Cadascú és diferent i cadascú en un moment de la vida també és diferent [...] Vull dir mai podem anticipar al 100% de dir "jo estic preparada sempre", igual que no sabem com reaccionarem davant d'un accident crític que ens pugui passar i tot i estar preparats, en aquell moment, per les circumstàncies per les que estem travessant, pot generar una resposta no esperada". (S. Guila, entrevista personal 1 d'abril del 2020)

### 5.8. Influència de la religió i la cultura en la reacció dels pacients

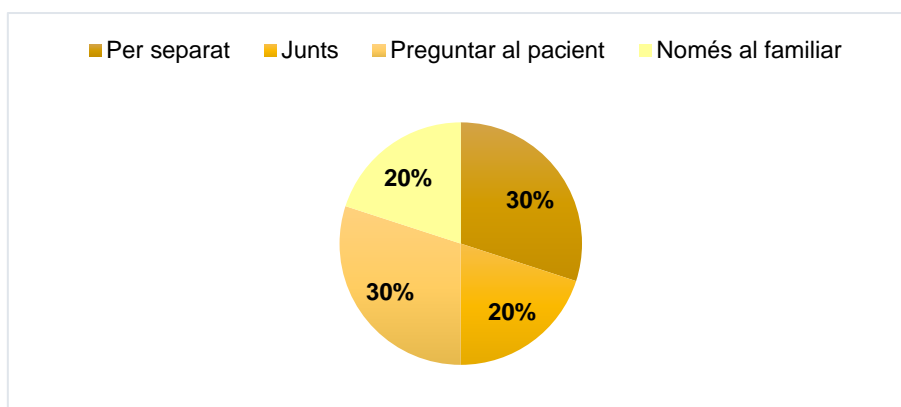
El 100% de la mostra total pensa que la reacció va totalment relacionada amb la influència de les creences religioses i del marc cultural en el qual viu.

Tal com esmenta l'exdirector de l'Institut Pere Mata a l'entrevista realitzada per aquesta recerca "Cada un de nosaltres som fruit de moltes coses, som fruit de la càrrega genètica però també de tot el que ens rodeja, tot l'entorn, com s'ha configurat l'entorn des del naixement".(A. Labad, entrevista personal 23 d'abril del 2020).

Cal destacar també la visió de l'oncohematòloga de l'Hospital Vall Hebron "Hay familias que te recuerdan más a tu familia o a gente que tú quieres, y lo mismo por parte de la familia y del paciente. Las reacciones están determinadas por la personalidad de cada uno de nosotros y esas vivencias previas que hemos tenido con la muerte, con enfermos, familias en las que ha habido muchos casos de cáncer con muchas muertes pues lo llevan muy mal y las familias que nunca han vivido con esto pues no lo llevan tan mal" A més, aquesta mateixa professional, accentua la importància de la cultura del pacient. "No es lo mismo como vivimos la muerte en los países del primer mundo, en los países industrializados que tenemos de todo, a cómo viven la muerte en países subdesarrollados, en África por ejemplo. En África se mueren un montón de niños por desnutrición y entonces viven la muerte de una manera muy diferente a como la vivimos nosotros". (M. Luz, entrevista personal 20 d'abril del 2020)

"Hi ha persones que acceptes sota les creences o les persones que tenen les creences molt relacionades amb la transcendència, són persones a les quals li donen un sentit a la vida completament diferent. (J. Vidal, entrevista personal 23 de març del 2020)

### 5.9. Comunicar la mala notícia als familiars i als pacients conjuntament o per separat?



Gràfic 6. Font: Elaboració pròpia a partir de les entrevistes realitzades

En la representació gràfica 6, es mostra l'opinió dels professionals a l'hora de donar la mala notícia als familiars. Com es pot observar, un 30% creuen que és millor fer-ho per separat, i també un 30% consideren que s'ha de preguntar en primer lloc al pacient; seguidament el 20% dels entrevistats contesten que, a causa de la situació, a vegades només es pot donar als familiars i, finalment, un altre 20% mostren que s'ha de donar la informació conjuntament.

Tal com expressen diferents entrevistats, el pacient és la figura més important a l'hora de donar una mala notícia i en la qual han de posar més atenció. Així, per exemple, ho explica l'exdirector de l'Institut Pere Mata a l'entrevista realitzada per aquesta recerca. "Cal dir que encara que el familiar es vegi molt afectat per la situació, realment el protagonista de la situació i de la mala notícia i de qui ho està vivint és el propi pacient,

per tant, sí que és diferent la comunicació entre metge-pacient i entre metge-família” (A. Labad, entrevista personal 23 d’abril del 2020)

Per altra banda, tal com esmenta la psicòloga d’incidents amb múltiples afectats de l’Hospital Vall Hebron, “Si és una família tota la que rep, tothom compartirà a la vegada la mateixa informació, si no es poden generar “esbiaixos” que no busquem i no són desitjables davant de la informació que hem compartit amb ell” (S. Guila, Entrevista personal 1 d’abril del 2020).

A més, convé subratllar l’argument esmentat per l’Oncohematòloga pediàtrica de l’Hospital Vall Hebron a l’entrevista realitzada per aquest estudi: “En nuestro caso siempre damos la mala noticia a la familia no al paciente porque son niños pero en ocasiones puedes encontrar sobre todo cuando eres un adolescente, que la familia sea más reacia a que le expliques al paciente y es muy importante que sepamos transmitirles que le paciente tiene que saber lo que le está pasando”

[...]

“La familia es mucho más crudo con las opciones, los resultados, lo que esperes que pase. Con el paciente intentas suavizar ese aspecto porque tiene que estar animado y tiene que querer luchar y un adolescente decirle que tienen un 20% de posibilidades de curarse antes de poner el primer tratamiento es un poco crudo” (M. Luz, entrevista personal 20 d’abril del 2020)

## **5.10. Influència de l’edat del pacient**

Un altre punt destacable és la influència de l’edat del pacient per informar sobre una mala notícia. 9 dels 12 professionals entrevistats que han esmentat aquest element consideren que l’edat influeix a l’hora de donar la informació sobretot quan són persones joves amb una esperança de vida alta.

Convé subratllar també el punt de vista de l’Oncohematòloga pediàtrica de l’Hospital Vall Hebron: “En la edad pediátrica el niño pequeño no se entera y los interlocutores principales siempre son los padres [...] Cuando empiezan a ser más mayores, te van preguntando cosas [...] Luego, el adolescente pues aquí hay un doble interlocutor importante: la familia y a él, conseguir que él quiera curarse y que él lleve adelante su tratamiento. Así que, como te dije antes, es el grupo que más nos cuesta de ganar, pero cuando lo conseguimos, son los más agradecidos siempre” (M. Luz, entrevista personal 20 d’abril del 2020)

També, cal remarcar la idea del metge de Capçalera retirat Jordi Jové de l’ABS Reus IV, el qual destaca que en aquest punt és important la figura d’infermeria per tal d’acompanyar i cuidar.

## **5.11. Contrast entre la percepció que tenen d’un mateix Hospital un pacient i un Doctor i un familiar i un Doctor**

En aquest apartat es compara, per una banda, la coherència que tenen un Doctor i un pacient d’un mateix Hospital (Hospital Doctor Josep Trueta)i, per altra banda, també la d’un Doctor i un familiar d’un pacient (Hospital Vall Hebrón). S’han volgut confrontar les

opinions per tal de conèixer si el mètode del Doctor entrevistat es posava a la pràctica i coincidia amb l'experiència del pacient o familiar.

Taula 5: Comparació de respostes de la Doctora entrevistada de l'Hospital Josep Trueta i del pacient entrevistat del mateix Hospital

	<b>Doctora Hospital Josep Trueta</b>	<b>Pacient Hospital Josep Trueta</b>
<b>Qui comunica la mala notícia</b>	Sempre el metge responsable del pacient.	La doctora que em va portar des del primer dia
<b>Llenguatge utilitzat</b>	Sempre és adaptat a la situació i coneixença del pacient	Llenguatge col·loquial, amistós però amb molta professionalitat
<b>Espai</b>	Espai còmode per les dues parts en el qual puguem si cal donar suport al malalt amb la comunicació no verbal	A l'habitació
<b>Acompanyats o sols?</b>	Es pregunta al pacient el que vol perquè la informació és confidencial i sempre s'ha de tenir molt en compte d'informar només als familiars que ell vol, no al primer que vingui a preguntar	Amb els meus pares
<b>Acompanyament</b>	Deponent de la situació del malalt es farà un tipus d'acompanyament o un altra però mai es deixa sol	Cada dia relació amb la meva doctora

Taula 6: Comparació de les respostes de l'Oncohematòloga pediàtrica de l'Hospital Vall Hebron i el familiar d'un pacient d'aquest mateix hospital

	<b>Oncohematòloga pediàtrica Hospital Vall Hebron</b>	<b>Familiar d'una pacient de l'Hospital Vall Hebron</b>
<b>Qui comunica la mala notícia</b>	El metge responsable del pacient	La neuròloga del cap de departament de malalties rares de l'Hospital
<b>Espai</b>	En un espai tranquil on no hi hagi interrupcions i on la família tenir espai per preguntar i sentir-se lliure d'actuar com ho necessiti en aquell moment	A l'habitació, no hi havia ningú més

<b>Temps de dedicació</b>	Dedicar el temps que necessitin	El primer dia una mitja hora i al l'endemà tot el temps que necessitéssim
<b>Postura que adopta el professional</b>	“Soy bastante cercana, el contacto físico, el darles la mano, el darles un abrazo, mantener siempre la mirada cuando les hablo”	Directa, llenguatge col·loquial, comprensible, amable i propera. Tendresa i una professionalitat excepcional
<b>Formulació de preguntes</b>	Temps perquè puguin parlar i preguntar els dubtes	Si
<b>Informació racionada</b>	“Si es algo muy malo que el paciente va a reaccionar muy mal se tiene que contar todo junto, más que se fraccione, las familias necesitan que uno vaya reforzando la idea en las visitas”	La informació més important el primer dia i a l'endemà resolució de dubtes
<b>Acompanyament</b>	“Equipo de paliativos constituido por un médico, 2 enfermeras, 1 psicóloga y un trabajador social para ayudarnos con el manejo de esa familia”	Acompanyament amb un equip multidisciplinari per arribar a un diagnòstic comú
<b>Informació addicional</b>		Informació a una pàgina web de l'organització de la malaltia molt ben explicada i detallada

## 6. CONCLUSIONS

Tal com s'ha exposat a la introducció, els objectius d'aquesta recerca eren, per una banda, conèixer com els professionals sanitaris de diferents àrees de salut de Catalunya comuniquen les males notícies als pacients i familiars i, com a segon objectiu, analitzar quina és la formació que es rep en aquest àmbit durant la trajectòria universitària de cadascun dels entrevistats per conèixer, a partir dels seus punts de vista, si els sanitaris se senten ben preparats a l'hora d'afrontar una situació comunicativa tan complicada com la de donar un mal diagnòstic.

Fent referència al primer objectiu, tal i com s'ha demostrat a les entrevistes en profunditat realitzades, els professionals entrevistats no donen gran importància a l'ús de protocols o guies orientatives, sinó que es basen principalment en experiències viscudes en situacions prèvies per tal de canviar o millorar algun patró en la comunicació. Cal subratllar també la primordialitat de l'empatia a l'hora de transmetre una mala notícia: “L'empatia és molt important, posar-te al lloc del pacient i acompanyar-

lo amb frases com: “Entenc que és dur d’acceptar...” sempre deixant una porta oberta posteriorment amb la planificació del tractament i de què podem fer com a professionals per ajudar-lo” (C. Fina, entrevista personal 9 d’abril del 2020). Un altre punt a destacar és que encara que els pacients actualment tinguin l’obligació d’estar informats, els sanitaris prèviament a comunicar un mal diagnòstic, han de realitzar preguntes prèvies per tal de saber fins on vol arribar la persona afectada. D’aquesta manera, serà el pacient qui marqui el ritme de la comunicació i no anar més enllà. Per tant, l’escolta activa i la doble via de comunicació entre emissor i receptor serà fonamental a l’hora de donar la informació. Utilitzar un llenguatge adaptat al malalt, clar i directe també és un element clau per tal que aquests entenguin perfectament quina és la situació en la qual es troba i quins són els passos a seguir a continuació; això conjuntament amb transmetre la informació en un espai íntim, privat, tranquil i còmode farà que la comunicació sigui molt més efectiva i que el pacient se senti amb total llibertat d’expressar els seus sentiments sense cap interrupció. Quant a la reacció dels pacients, no hi ha una reacció comú atès que cada persona és diferent i reacciona i es pren les coses també diferent; tot i així, tots els afectats estan influenciats per la religió, la cultura i la personalitat de cadascun. En aquesta recerca també s’ha tingut en compte la família; tot i no hi haver unanimitat pel que fa comunicar la informació junts o per separat amb el pacient, es considera que la família és un factor important d’acompanyament i suport cap a l’afectat. Finalment, posant accent a l’edat, cal subratllar que les persones que tenen una esperança de vida més alta, és a dir, les que són més joves, els metges tenen més dificultat i els hi afecta molt més que una persona amb una edat avançada i amb una esperança de vida menor.

Amb relació al segon objectiu, els sanitaris entrevistats coincideixen en el fet que per afrontar un aspecte tan important de la seva carrera tenen poca o cap preparació. De fet, només les 2 entrevistades que han estudiat a la Universitat de Vic expliquen que han tingut disciplines que les han preparat per tal de transmetre males notícies. Això també passa a la Universitat Rovira i Virgili on s’hi fan tallers de simulació per preparar als futurs professionals sanitaris. A més a més, cal destacar que dels resultats obtinguts, s’ha pogut extreure que antigament les facultats de medicina no ensenyaven a donar males notícies; era un aspecte que no era important i per tant, no es tocava.

Així doncs, relacionant els resultats obtinguts de les entrevistes en profunditat amb el marc teòric, es pot observar com hi ha una gran coherència entre les dues parts.

Com a conclusió cal destacar també la cohesió i similitud entre les respostes del pacient i la familiar dels hospitals Josep Trueta i Vall Hebron amb els respectius professionals entrevistats. Les experiències viscudes del pacient i familiar són molt similars a les tècniques que utilitzen els professionals dels Hospitals en qüestió.

A més, a través de l’anàlisi de les entrevistes es mostra que no hi ha diferències tampoc en el fet que un centre sigui privat o públic, tot i que sí que es diferencien els centres d’àrees de salut de Catalunya més poblades i les que menys. Un clar exemple és la declaració del professional entrevistat de l’ABS de Pallars Sobirà on expressava “No tan sols tenim més temps per cada pacient, sinó que la relació metge-pacient es transforma en metge-veí [...] Ens coneixem molt tots. Comprem als mateixos llocs i anem als mateixos llocs”. (M. Bretcha, entrevista personal 15 d’abril del 2020)

Una de les altres conclusions que es desprenen d'aquest treball, basant-me en la informació trobada durant la recerca, és que l'evolució teòrica que ha d'ajudar a l'hora de donar males notícies no ha evolucionat substancialment en el temps, ja que se segueix tenint en compte, per exemple, un protocol de l'any 2000.

Finalment, com a valoració final, s'ha de remarcar que la comunicació, ja sigui verbal o no verbal, és una eina imprescindible en tots els àmbits i aspectes de la nostra vida. Per tant, és important que, en aquest cas els metges, adquireixin les habilitats necessàries per transmetre correctament i d'una forma efectiva la informació al pacient. D'aquesta manera es crearan un vincle estret i de confiança que ajudarà al pacient a lluitar contra la seva malaltia. Tal com va dir Pericles:

“El que sabe pensar pero no sabe expresar lo que piensa, está al mismo nivel del que no sabe pensar”



## 7. BIBLIOGRAFIA

Alves de Lima, A. (2003). ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? Recuperat de [http://www.hospital-sanjuandedios.es/upload/cuidando/doc/como\\_comunicar\\_malas\\_noticias.pdf](http://www.hospital-sanjuandedios.es/upload/cuidando/doc/como_comunicar_malas_noticias.pdf)

Barnaby, O; Cecilia, A. (2017). Habilidad de los médicos residentes para comunicar malas noticias. *Revista Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 30 (2), 78-81. Doi <https://doi.org/10.36393/spmi.v30i2.65>

Bascañán, M (2013). Comunicación de “malas noticias” en salud. Recuperat de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864013702086>

Bernardo i Gironès, Y; Brunet i Bragulat, N. (2010). Comunicación de malas noticias. *Cuaderno de crisis y emergencias. Revista semestral de la psicología de las emergencias y la intervención en crisis*, 2 (9), 48-58. Recuperat de <http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2010/Num9Vol2-2010.pdf>

Baile, WF; Buckman, R, Lenzi, R; Gliber, G; Beale, E; Kudelka, A. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News:Application to the Patient with Cancer. Recuperat de <https://theoncologist.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1634/theoncologist.5-4-302>

Gomez, M (2006). *Cómo dar las malas noticias en medicina* (3a ed.). Barcelona

Herrera, A; Ríos, M; Manríquez J; Rojas, G. (2014) Entrega de malas noticias en la práctica clínica. Recuperat de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n10/art11.pdf>

Institut Guttmann. (4 abril 2017). Recuperat 30 de abril de 2020 de <https://www.guttmann.com/ca/hospital-especialitzat-neurorehabilitacio>

Payán, C. Comunicar malas noticias: Una tare adifícil però necesaria. (2012) *Ciruped* 2 (1) 35-39. Recuperat de <http://www.ciruped.org/articulos/vol2n12012/ARVOL2N12012-4.pdf>

Rodríguez, J (2010). Comunicación clínica: Cómo dar malas noticias. Recuperat de <http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Dar-Malas-Noticias-JJ-Rodriguez-S-2010.pdf>

Rodríguez, J; Kurtz, C; Álvarez, F. (2011). Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta. Recuperat de [https://www.academia.edu/12563476/Aspectos\\_clave\\_de\\_la\\_comunicaci%C3%B3n\\_no\\_verbal\\_en\\_la\\_consulta](https://www.academia.edu/12563476/Aspectos_clave_de_la_comunicaci%C3%B3n_no_verbal_en_la_consulta)

Ruiz del Moral, R (2004). Relación clínica. *Guía para aprender, enseñar e investigar*. Barcelona

Sanchez, A; Irela, C; Zaragoza, R; Del Campo, M; Segovia, O; Omar, R; Góngora J. (2014) Factores que influyen y dificultan la comunicación de malas noticias en el personal de salud. *Acta Universitaria*, 24 (5) 20-26. Recuperat de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41632450003>

Varguillas, C; Ribot de Flores, S. (2007). Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. *Laurus: revista de educación*, 13 (23), 249-262. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/761/76102313.pdf>

Villa Lopez, E. (2007). Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias. *Nure Investigación*, (31), 1-9. Recuperat de <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/437/427>

**Persones entrevistades per la recerca:**

Kevin Martinez (19 de març del 2020)

Tania Romero (27 de març del 2020)

Joan Vidal (23 de març del 2020)

Sara Guila (1 d'abril del 2020)

Jordi Jové (8 d'abril del 2020)

Claudia Fina (9 d'abril del 2020)

Joan Brugués (9 d'abril del 2020)

Raquel Bretón (10 d'abril del 2020)

Miguel Bretcha (15 d'abril del 2020)

Alba Cervera (17 d'abril del 2020)

Mari Luz Uria (20 d'abril del 2020)

Teresa Flores (22 d'abril del 2020)

Antonio Labad (23 d'abril del 2020)

Vanessa Sánchez (30 d'abril del 2020)