

Experiencia Enfermera en el Acompañamiento al Paciente Oncológico tras la Comunicación de Malas Noticias.

David Pérez Álvarez.

TRABAJO DE FIN DE GRADO.

Tutora: Matilde Tenorio Matanzo

Grado en Enfermería. Universidad Autónoma de Madrid.

Mayo, 2016.



RESUMEN

La comunicación de malas noticias constituye uno de los aspectos más complejos de manejar para los profesionales de la salud debido a su gran contenido emocional y al efecto psicológico que produce, tanto en los pacientes como en los profesionales sanitarios. Esta complejidad se acentúa en la enfermedad oncológica, ya que esta patología conlleva cierta connotación negativa asociada, con frecuencia, al concepto de muerte, pérdida, dolor o sufrimiento. Debido a esto, los profesionales sanitarios encuentran dificultades emocionales y comunicativas para informar a los pacientes y acompañarles en su adaptación a la nueva realidad con la que se enfrentan. Con el objetivo de describir la experiencia de las enfermeras durante el acompañamiento a este tipo de pacientes después de la comunicación de malas noticias, se plantea el diseño de un estudio, basado en la metodología cualitativa, de tipo fenomenológico. A través de la entrevista en profundidad, se pretende recoger aquellos factores que influyen, tanto positiva como negativamente, en la vivencia de las enfermeras durante este proceso. De este modo, los resultados de este estudio podrán utilizarse para elaborar planes de formación relacionados con la comunicación de malas noticias, en los que se incluyan los conocimientos y habilidades necesarias para manejar los factores que dificulten este proceso y potenciar aquellos aspectos que permitan a las enfermeras acompañar al paciente de forma óptima.

PALABRAS CLAVE: Comunicación, Malas noticias, Cáncer, Enfermería, Acompañamiento, Duelo.

ABSTRACT

Breaking bad news is one of the most complex aspects to manage for health professionals owing to its great emotional content and the psychological effect that it produces in patients as well as in healthcare providers. In the cases of oncological disease, the complexity is emphasized because this pathology entails certain negative connotation which is usually associated with death, loss, pain or suffering. Due to this fact, health professionals have to face emotional and communicative difficulties when they have to inform the patients and be with them during their adaptation to the new reality to which they are going to face up. In this study, it is presented the design of a phenomenological study, based on the qualitative methodology, with the aim of describe the experience of the nurses in the accompaniment to this type of patients after

bad news were delivered. Through in-depth interviews, it is expected to collect those factors which have a negative or a positive influence on the nurses' experiences during this process/these processes/these cases. Thus, the results of this study could be used in order to prepare teaching plans related to how to break bad news. Those plans must include the needed skills and knowledges to manage the factors that make this process difficult and to strengthen those aspects that allow the nurses to accompany the patients in the optimum way.

KEYWORDS: Break bad news, Cancer, Nursing, Accompaniment, Mourning.

1. Introducción	1
1.1. Comunicación de Malas Noticias (CMN).....	1
1.2. Aspectos Éticos y Legales en relación a la CMN.....	1
1.3. Fases del Duelo.....	2
1.4. Factores que influyen en la CMN.....	3
1.5. Papel de la Enfermería en la CMN.....	5
1.6. La Comunicación Efectiva.....	6
1.7. CMN en el Paciente Oncológico.....	7
1.8. Justificación.....	8
2. Objetivos	13
3. Método	15
3.1. Metodología.....	15
3.2. Selección de Participantes. Muestreo.....	16
3.3. Estrategias para la Recolección de Datos.....	17
3.4. Instrumentos.....	17
3.5. Análisis de los Datos.....	18
4. Aspectos Éticos del Estudio	21
5. Limitaciones del Estudio	23
6. Utilidad del Estudio	25
7. Conclusiones	27
8. Bibliografía	29

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Comunicación de Malas Noticias (CMN).

En el enfoque de las ciencias de la salud, una de las definiciones más correctas de mala noticia es la propuesta por Buckman (1984) como *“aquella que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro”*. Por lo tanto, la persona que recibe la noticia es la responsable de calificarla como mala, teniendo en cuenta los factores personales que le rodean y el grado de ruptura o desorganización de sus expectativas futuras (Lorda, 2009).

La muerte, el envejecimiento y el deterioro en general son temas que tienden a evitarse en la sociedad actual (Benítez y Asensio, 2002). Además, suponen una pérdida (de personas, de habilidades...) que requiere el desarrollo de una actitud psicológica adaptativa para afrontar el cambio (Artiaga, 2008). Es por esto que la comunicación de malas noticias constituye una compleja área en las competencias de los profesionales de la salud que precisa un abordaje integral del paciente y su contexto (Mirón, 2010).

1.2. Aspectos Éticos y Legales en relación a la CMN.

Uno de los derechos más importantes, en la ética moderna, es el futuro del paciente; lo que se traduce en la necesidad de conocer toda la información acerca de su estado de salud para poder tomar decisiones personales en el proceso de su enfermedad. Es por esto que, al comunicar cualquier tipo de noticia al paciente, se debe respetar su autonomía y capacitarle para afrontar su situación desde una perspectiva activa (Abbaszadeh, 2014). No obstante, a pesar de que la actitud paternalista hacia los pacientes está cada vez menos aceptada en la sociedad moderna, se tiende a interpretar la muerte del paciente como un fracaso de las competencias de los profesionales sanitarios; lo que dificulta el abordaje honesto y sincero en la comunicación de las malas noticias (Fabrizzio, Querevalú y Maquera-Afaray, 2014).

En los artículos 10-13 del Código Deontológico de la Enfermería Española, se recogen las obligaciones de las enfermeras que subyacen a la comunicación de malas noticias. Este documento establece que la enfermera debe informar al paciente, dentro del límite de sus competencias y valorando su situación física y psicológica, de modo que el paciente pueda entender la información y tenga la capacidad de tomar decisiones coherentes por sí mismo (Organización Colegial de Enfermería, 1989). Además, el

derecho del paciente de ser informado se recoge en diversos documentos legales, como en el Convenio de Oviedo (1999) en el que se narra, en el artículo 10, que *“toda persona tendrá derecho a conocer toda información obtenida respecto a su salud”*. Del mismo modo, la ley 41/2002, de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación clínica; en el artículo 4 defiende el derecho de los pacientes de conocer toda la información relativa a su salud y añade las características que debe tener esta información comunicada al paciente: veracidad, comprensibilidad y adecuación a sus necesidades.

Por otro lado, a nivel europeo también se encuentran documentos legales que defienden la necesidad y el derecho de los pacientes a conocer la información relacionada con su estado de salud. Entre estos documentos, destaca la Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa (2009), en la que se incluye el derecho a la información en el artículo número dos y, además, añade los aspectos determinados sobre los que se debe informar como los procedimientos médicos que se proponen, los posibles riesgos y beneficios de estos procedimientos, las alternativas a los mismos, el diagnóstico, el pronóstico o el progreso del tratamiento. De modo que, la comunicación al paciente de aquella información relativa a su estado de salud constituye un derecho reconocido legalmente a nivel nacional e internacional, independientemente de que la información se considere o no una mala noticia. No obstante, en todos los documentos legales mencionados se reconoce, de igual modo, el derecho del paciente de no ser informado. De tal forma que, los profesionales sanitarios deben informar al paciente de todo aquello relacionado con su estado de salud teniendo en cuenta que se debe respetar la voluntad de una persona si esta no desea ser informada.

1.3. Fases del Duelo.

Es necesario conocer que las malas noticias suponen, generalmente, la comunicación de una pérdida para la familia y/o el paciente; ya sea de autonomía, de habilidades, de capacidades cognitivas o incluso de la propia vida. Por ello, los profesionales sanitarios que se enfrentan a este tipo de situaciones deben conocer las fases del duelo, identificarlas y manejarlas. De esta forma, la comunicación de la mala noticia irá ligada al acompañamiento del paciente durante su proceso de duelo y adaptación.

Respecto a estas fases del duelo, se definen por Kübler-Ross (1969) como aquellas reacciones emocionales que experimentan las personas para protegerse de la amenaza de una pérdida inminente. Estas fases, propuestas por el mismo autor, se denominan

negación, ira, pacto/negociación, depresión y aceptación. En primer lugar, la fase de negación se define como la incapacidad de reconocer como real la nueva situación o la pérdida. A continuación, se experimenta la fase de ira en la que se expresa una reacción de rabia y desaprobación a todo aquello que esté relacionado con la pérdida y que la persona considere responsable de la misma. En cuanto a la fase de negociación, supone un punto de inflexión en el que la persona ya no manifiesta su ira; sino que en esta fase, la persona considera a aquellos que están a su alrededor como colaboradores, comprometidos con la recuperación del paciente. De modo que, el individuo intenta establecer pactos o tratos para alcanzar objetivos terapéuticos. Más tarde, aparece la etapa de depresión entendida como un sentimiento de tristeza originado por el vacío que ha dejado la pérdida en su vida. Finalmente, la fase de aceptación aparece cuando la persona es capaz de reconocer la pérdida con las limitaciones que eso conlleva y no busca culpables ni asume una actitud de derrota; sino que es consciente de su responsabilidad en la situación y es capaz de luchar por la adaptación (Miaja y Moral, 2013; 2015).

1.4. Factores que influyen en la CMN.

El nivel socioeconómico del paciente, su religión, su cultura, el conocimiento acerca de su enfermedad o su situación familiar son factores que influyen en la aceptación del diagnóstico o la información recibida (Aranda, Cedillo, del Campo, Ornelas, y Góngora, 2014). Pero, además, existen diversas variables que afectan directamente a los profesionales sanitarios y que pueden interferir en este proceso de comunicación y seguimiento del paciente, e incluso en la vida profesional y personal de los mismos. El miedo, por parte del médico, al fracaso o a causar sufrimiento es una de las principales causas que dificultan la comunicación de malas noticias (Artiaga, 2008). En cuanto al equipo de enfermería, las principales preocupaciones en este aspecto se refieren al impacto psicológico que la noticia puede causar en el paciente y su familia, además de la dificultad de contestar a todas sus preguntas con información clara y completa (García, 2006).

La literatura revisada no hace especial referencia al peso emocional que puede causar la notificación de un mal pronóstico al médico o la enfermera. Sin embargo, constituye uno de los principales factores estresantes; ya que para muchos profesionales significa una condena o un abandono del paciente. De modo que, ellos mismos se enfrentan a un conflicto interno de sentimientos (Paz et al., 2010).

Por otro lado, el personal de enfermería presenta una gran capacidad para crear un ambiente adecuado en este contexto, dando importancia al abordaje psicológico y emocional a través de la escucha activa, el respeto a la intimidad, la aceptación y el apoyo a la expresión de sentimientos y el acompañamiento al paciente y a la familia a lo largo de todo el proceso (Artiaga, 2008).

No obstante, la envergadura de este tipo de comunicación requiere cierta preparación específica además de la proporcionada por la experiencia, puesto que, a pesar de haberse enfrentado a numerosas y diversas situaciones relacionadas con la comunicación de malas noticias, esta tarea sigue exigiendo un gran esfuerzo por parte del comunicador y de aquellos que acompañan al paciente en el proceso. Es decir, los conocimientos en este área que se adquieren a través de la experiencia no son suficientes para abordar de forma íntegra y completa la complejidad de estas situaciones (Aranda et al., 2014). Por este motivo, diversos autores han propuesto distintos modelos y guías para afrontar el proceso comunicativo de las malas noticias, como el modelo ABCDE desarrollado por Rabow y McPhee o el modelo SPIKES de Baile et al., con el objetivo de preparar un plan de acción estratégico que pueda facilitar o ayudar al personal sanitario en esta difícil tarea.

El modelo ABCDE comprende 5 fases que se basan en la preparación del proceso comunicativo y el contexto que rodea al paciente, en el establecimiento de una relación terapéutica de calidad y una comunicación eficaz así como en el manejo de las reacciones y las emociones del paciente que recibe la noticia y de sus familiares (Aranda et al., 2014). Por otro lado, el modelo SPIKES de Baile, constituye un protocolo formado por 6 pasos para abordar la comunicación de malas noticias. En primer lugar, la fase conocida como “Settings” (contexto) se refiere al cuidado del espacio físico y psicológico que rodea al paciente en el momento de la comunicación; de tal forma que se asegure en todo momento el respeto hacia el paciente, hacia su privacidad, hacia su autonomía y hacia su comodidad, dentro de las posibilidades que la situación ofrece. La segunda fase, denominada “Perception” (percepción), consiste en averiguar la percepción o el punto de vista que el paciente tiene de la situación. Y muy unida a esta etapa, aparece el tercer paso conocido como “Information” (información), a través del cual se pretende conocer qué tipo de información quiere saber el paciente. El objetivo de estas dos fases del modelo SPIKES se basa en obtener una visión de las expectativas de futuro del paciente, de sus esperanzas de pronóstico y de sus

capacidades de comprensión y de afrontamiento de la situación, para poder adaptar la comunicación de las noticias a la realidad percibida por el paciente, a sus creencias y deseos y a sus capacidades o posibilidades de entendimiento. En cuarto lugar, la fase “Knowledge” (conocimiento), consiste en la comunicación propiamente dicha, es decir, esta fase es el momento en el que el comunicador proporciona la información que constituye la mala noticia al paciente, adaptando la conversación según la información obtenida en las fases anteriores. Por último, la quinta y sexta fase denominadas “Empathy” (empatía) y “Strategize” (estrategia), constituyen el proceso de acompañamiento que ayuda al paciente a adaptarse a la nueva realidad, y se basan en acoger las reacciones, sentimientos y emociones que manifiesta el paciente, así como en ayudar a la toma de decisiones que le proporcionen un plan estratégico para conseguir la adaptación óptima a la nueva situación (Kaplan, 2010).

1.5. Papel de la Enfermería en la CMN.

Teniendo en cuenta las últimas fases del proceso de comunicación de malas noticias, expuestas anteriormente, y aunque la comunicación del diagnóstico y el pronóstico sea una competencia médica, no se debe olvidar que este proceso precisa un abordaje multidisciplinar y que el papel de la enfermera en este tipo de comunicación es fundamental proporcionando apoyo, sobretodo, al receptor de la mala noticia (Rodríguez, 2013; Rodríguez, 2010). Así, el profesional de enfermería es el encargado de elaborar un plan de ayuda y soporte emocional que acompañe a la comunicación de la noticia. De tal forma que, si bien la comunicación es responsabilidad directa del equipo médico; el control y seguimiento de las reacciones psicológicas o afectivas del paciente y sus familiares recae sobre la responsabilidad del colectivo enfermero (Del Valle, 2006). Es decir, la enfermera debe acompañar al paciente y a su familia en el proceso de aceptación de su nueva situación de forma honesta, clarificando cualquier duda y potenciando la expresión adaptativa de sentimientos con el objetivo de posibilitar la percepción realista del paciente acerca de su nueva situación y, así, estimular una adaptación progresiva (Lorda, 2009).

Además, la enfermera es la figura que mejor asume esta función, puesto que es el profesional que comparte mayor tiempo con el paciente y, por ello, es quien tiene más confianza e información de él. Por tanto, es la persona idónea para adaptar el plan de cuidados con la finalidad de originar estrategias de apoyo beneficiosas para la correcta adaptación del paciente (Mirón, 2010).

1.6. La Comunicación Efectiva.

La comunicación es, si no el más importante, uno de los aspectos fundamentales en la relación terapéutica (Aranda et al., 2014) que se debe establecer entre el médico y la enfermera, conjuntamente, con el paciente. Pues, desde una perspectiva multidisciplinar la comunicación con el paciente y la familia se vuelve más efectiva (Tajudeen, 2012). Por ello, en el proceso de comunicación de malas noticias la coordinación y la comunicación interdisciplinar adquiere mayor importancia aún, ya que la complejidad de la situación requiere una perfecta compenetración para aunar esfuerzos y enriquecer el proceso asistencial y comunicativo con las habilidades y competencias correspondientes de cada profesional sanitario (Mirón, 2010).

Miller (2002) define la comunicación efectiva como aquella que se comprende como un proceso interactivo entre el comunicador y el receptor en el que los mensajes deben de ser respondidos, proporcionando una retroalimentación que asegure al emisor la comprensión adecuada del mensaje. De hecho, uno de los principales motivos por el que la comunicación fracasa es suponer que el mensaje que se emite es el mismo que el paciente ha recibido, ya sea porque el comunicador no expresa de forma idónea sus pensamientos o porque el receptor interpreta de forma incorrecta la información (Lorda, 2009).

Además, una comunicación eficaz puede disminuir la aparición de conductas desadaptativas y mejorar la adaptación psicológica del paciente y la capacidad para tomar decisiones (Rodríguez, 2013). Por tanto, es necesario adquirir habilidades sociales y de comunicación como son la escucha activa, la empatía, la asertividad y el contacto físico, entre otras. Las preguntas abiertas son una buena elección ya que permiten la elección de la respuesta y favorecen la expresión de emociones que el profesional sanitario debe identificar y enunciar verbalmente para reafirmar los sentimientos que el paciente está experimentando. Del mismo modo, el silencio adquiere gran importancia, puesto que manifiesta y favorece el carácter reflexivo de la conversación, además de proporcionar mayor apoyo y comprensión que las palabras en algunas situaciones muy emotivas (Lorda, 2009).

La expresión emocional es una característica indispensable en este tipo de comunicación en el que las malas noticias generan sentimientos difíciles de manejar e incluso desconcertantes o desconocidos tanto para el paciente como para el profesional de la salud. La relevancia de esta expresión emocional reside en la importancia de las

emociones en la psicología humana, ya que los estados emocionales dirigen nuestra atención, organizan nuestros procesos perceptivos y modulan todos los aspectos conductuales del ser humano, tanto a nivel social como individual. Por lo tanto, la expresión emocional y la vivencia de las mismas tienen efectos positivos, tanto personales como interpersonales (Rodríguez, Moreno, Rivas, y Herrero, 2011).

Además, la expresión de emociones de forma auténtica y adaptativa generan un aumento de la satisfacción personal durante los procesos de interacción social. Es por esto que, las habilidades de comunicación en el ámbito emocional, aumentan la calidad de las relaciones entre el profesional sanitario y el paciente, ya que favorecen una regulación emocional que es beneficiosa para la salud. Sin embargo, en el marco de la comunicación de malas noticias, la expresión de emociones por parte del paciente debe de ser correspondida con una actitud empática por parte del personal sanitario, además de ofrecer algunas claves para manejar estas emociones y, de este modo, evitar que aparezcan efectos negativos derivados de la empatía entendida como una confirmación de las emociones negativas, del mismo modo que las positivas.

1.7. CMN en el Paciente Oncológico.

En el año 2012, la incidencia del cáncer en la población española era de 215.534 casos nuevos. Este dato está en aumento, de tal forma que se prevé una cifra de 246.713 casos nuevos durante el año 2020 (Sociedad Española de Oncología Médica, 2016). Este proyecto se centra en la comunicación de malas noticias en la enfermedad oncológica puesto que en este contexto se acentúa la dificultad de los profesionales sanitarios, pero también se acentúa la necesidad de una comunicación efectiva; que es considerada fundamental para la transmisión de información clínica, como el diagnóstico o el pronóstico del paciente.

Además, la necesidad de clarificar los conceptos es mayor que en otras enfermedades; ya que el cáncer es una enfermedad que está socialmente asociada a conceptos como el de muerte o sufrimiento. Por tanto, también la predisposición emocional del paciente hacia una noticia relacionada con la afectación de esta enfermedad proporciona mayor complejidad al proceso comunicativo (Chinweuba, Anarado, Nwonu, Okoronkwo, y Agbapuonwu, 2013).

Debido a esta “etiqueta social”, las necesidades de información que plantean los pacientes oncológicos suelen ser similares en cada situación, como el diagnóstico, el

pronóstico o si van a sufrir dolor. Pero la importancia que cada paciente otorga a los distintos aspectos de su enfermedad varía, de modo que, los profesionales sanitarios se enfrentan al reto de individualizar la asistencia y, con ello, la forma en la que comunican las malas noticias para adaptarlas al contexto y a las necesidades de cada persona (Rodríguez, 2010).

En varios estudios realizados, como el de Chinweuba et al. (2013), se observan varias complicaciones que se plantean para los profesionales sanitarios en la comunicación con los pacientes oncológicos, en general, y más aún si se trata de procesos de comunicación de malas noticias. Concretamente en este estudio se refleja la incomodidad de las enfermeras hablando directamente del dolor de los pacientes que, en esta enfermedad, constituye una de sus principales inquietudes. Además, Maguire y Faulkner (1988) han señalado distintas estrategias de distanciamiento que las enfermeras llevan a cabo, conscientemente o no, durante las conversaciones con pacientes oncológicos que supongan un gran esfuerzo psicológico y emocional tanto para el paciente como para el sanitario; y de este modo, pretenden influir en las emociones del paciente para originar una situación emocional que sean capaces de controlar.

De modo que, si bien es cierto que el proceso de comunicación de malas noticias es complicado y supone esfuerzos cognitivos y emocionales complejos por parte del personal sanitario, esta complejidad se acentúa aún más cuando se trata de un paciente oncológico. Pues, existe cierto grado de evitación de determinados conceptos para diagnosticar situaciones de enfermedad oncológica terminal debido a una asociación de la muerte relacionada con el cáncer a un fracaso del propio médico o enfermera, tanto a nivel profesional como personal (Paz et al., 2010).

1.8. Justificación.

Es importante comprender que la comunicación de malas noticias es un proceso que tiene lugar hasta que perduren las preocupaciones y/o preguntas del paciente y sus familiares (Randall y Wearn, 2005). De forma que, en este proceso se incluyen aquellas actividades que se realizan antes, durante y después de la comunicación de la noticia (Tobin y Begley, 2008). No obstante, el colectivo científico-médico otorga mayor importancia a la comunicación de las noticias únicamente y parece que el acompañamiento posterior del paciente pasa desapercibido. A pesar de que la mayoría de los modelos planteados en la literatura científica incluyen etapas o fases que cierran el proceso de comunicación de malas noticias basadas en el acompañamiento, en la

ayuda para la toma de decisiones y en la planificación del futuro del paciente y su familia. Por eso, es necesario reconocer la relevancia de estas acciones que tienen lugar tras la comunicación de una mala noticia; ya que este tipo de información puede ocasionar en el paciente determinados déficits o necesidades de conocimiento, de apoyo emocional y otras carencias que los profesionales sanitarios en general y las enfermeras de una forma más específica, deben satisfacer asegurando la excelencia de los cuidados. Así que, tras la recepción y aceptación de la noticia, se debe ofrecer el seguimiento posterior necesario, tanto físico como psicológico (Lorda, 2009).

En primer lugar, el apoyo a las emociones del paciente y la familia es un aspecto fundamental en este proceso de adaptación a la nueva situación, pues los sentimientos y las reacciones emocionales guían la conducta de los individuos. Por tanto, la función del personal sanitario, en este aspecto, consiste en facilitar la resolución de los conflictos emocionales y favorecer su expresión adaptativa para ayudar a que el propio paciente tome consciencia de sus necesidades emocionales y, del mismo modo, los miembros de la familia sean capaces de aceptar y comprender las manifestaciones afectivas de cada uno (Rodríguez, 2013). Es por ello, que en la fase de seguimiento tras la comunicación de una mala noticia se deben realizar acciones que favorezcan la adaptación emocional tales como apoyar la expresión de sentimientos, identificar y priorizar las preocupaciones, analizar las redes de apoyo del paciente y ofrecerse como apoyo disponible (McGuigan, 2009). Del mismo modo, la familia necesita expresar sus propias inquietudes, necesidades y miedos respecto a la situación del paciente, a su responsabilidad en el proceso, etc. Por eso, es imprescindible acompañar a la familia, resolver sus dudas y acoger sus reacciones emocionales; porque si se apoya a la familia, de forma indirecta se está apoyando al paciente (Rodríguez, 2010).

Este manejo emocional se considera competencia de la enfermera, puesto que el paciente precisa una figura que acoja sus sufrimientos y sus miedos, que le acompañe en el proceso respetando sus emociones, sus decisiones y sus comportamientos. Por eso, el profesional de enfermería, que se presenta como una figura con gran capacidad de cercanía afectiva y empatía, con la mayor confianza con el paciente y el mayor conocimiento de él; puede realizar una labor importante acompañándole y guiándole en este proceso; además de actuando como un nexo de unión con otros profesionales y recursos de apoyo sociales y familiares (Prados y Quesada, 2009).

Por otro lado, en esta etapa posterior a la comunicación de una mala noticia, es imprescindible guiar al paciente en su adaptación a la nueva realidad apoyándole en la toma de decisiones y ayudándole a planificar acciones y estrategias basadas en la consecución de sus expectativas de futuro, de forma realista (Rodríguez, 2013). De forma que, el paciente pueda sentirse seguro en esta nueva situación que es desconcertante para él; pero en la que se encuentra rodeado de profesionales que mantienen el control. Así, el paciente podrá asumir la iniciativa en el momento adecuado, guiado por el personal sanitario que facilite esta toma de decisiones apoyándole desde una perspectiva tanto profesional como humana (Prados y Quesada, 2009).

También, adquiere gran importancia la necesidad formativa que es expresada por los mismos profesionales sanitarios. La mayor parte afirman que es indispensable recibir al menos algún curso o taller relacionado con las técnicas o protocolos acerca de cómo dar malas noticias. Actualmente, cada profesional ha desarrollado sus propias estrategias obligados por la falta de formación en este ámbito. Desde su propia perspectiva, especialmente los médicos, consideran que los conocimientos relacionados con la muerte, las malas noticias y la comunicación en situaciones difíciles, en general, son una de las asignaturas pendientes de los programas formativos para la titulación de medicina. Es por esto, por lo que la forma más frecuente de aprendizaje es la experiencia, que se considera insuficiente (Aranda et al., 2014).

En cambio, los estudiantes de enfermería, han recibido un mayor número de recursos para afrontar situaciones de duelo o pérdida; lo que les capacita para afrontar con mayor eficacia y con una mejor disponibilidad la asistencia al paciente en el proceso de comunicación de malas noticias. Esto es debido a los contenidos de la formación académica y profesional que se incluye en los programas para obtener titulaciones de enfermería. Además, su rol más cercano y disponible para el paciente, les proporciona un mayor número de recursos de apoyo para la comunicación de malas noticias y el posterior seguimiento. No obstante, las enfermeras también son conscientes de la dificultad que se relaciona a este proceso comunicativo, por eso, no se diferencian significativamente de los médicos en la necesidad expresada de falta de conocimientos relacionados con este aspecto (Artiaga, 2008).

Además, los profesionales sanitarios no carecen únicamente de conocimientos sobre los protocolos y las estrategias de intervención en la comunicación de malas noticias sino

que, se observa una necesidad más importante de conocimientos relacionados con la propia inteligencia emocional, aspecto fundamental para preservar y mantener la salud emocional del personal sanitario en situaciones relacionadas con este ámbito. Con el término inteligencia emocional se hace referencia a aquellas habilidades psicológicas que permiten a la persona identificar los propios límites afectivos y llevar a cabo estrategias de control y estabilidad de las emociones, especialmente en relación con su propia vulnerabilidad hacia el dolor ajeno y con su capacidad para manejar el estrés psicoemocional (Rodríguez, 2013).

En el estudio de Chinweuba (2013), se observa cómo la formación adicional en conceptos y herramientas para la comunicación de malas noticias mejora las capacidades del personal sanitario relacionadas con la confidencialidad y la comunicación efectiva en situaciones relacionadas con un mal pronóstico o un diagnóstico difícil. Del mismo modo, aumentan las habilidades personales para manejar los factores afectivos que afectan a la enfermera derivados del alto y complejo contenido emocional que conlleva la conversación de malas noticias. Por lo tanto, es necesario capacitar a los profesionales sanitarios en términos de habilidades de comunicación y regulación emocional para aumentar la eficacia de la asistencia al paciente durante el proceso de comunicación de malas noticias.

Por todo lo expuesto anteriormente, la finalidad principal de este proyecto consiste en la profundización y comprensión del proceso de comunicación de malas noticias y acompañamiento en los pacientes oncológicos.

Pues, si es cierto, que existen diversos protocolos y estrategias para guiar a los profesionales en este proceso, el personal sanitario sigue expresando sus dificultades y necesidades en este ámbito. Además, se tiende a concebir el acto comunicativo de malas noticias como una acción aislada sin comprender todo el proceso, lo que conlleva una minusvaloración de las actividades que han de realizarse antes y después de la conversación en sí.

En este proyecto, se otorga importancia y se estudia a las situaciones que ocurren después de la comunicación de una mala noticia: al acompañamiento y seguimiento posterior que permiten al paciente desarrollar las capacidades y habilidades para una adecuada adaptación. Por tanto, sin esta etapa del proceso, el acto comunicativo en sí mismo, no tendría sentido. Pues el objetivo de los sanitarios consiste en cubrir las necesidades del paciente como aquellas que se originan tras una noticia que destruye

todas tus expectativas de futuro. Es por eso que, esta etapa es de vital importancia y debería ser reconocida como tal por los profesionales del ámbito de la salud.

Además, este proyecto se centra en el punto de vista o en la perspectiva del personal sanitario, del acompañante; concretamente de la enfermera que es el acompañante más común y el más capacitado para ello. De forma que, para obtener una mejoría en este proceso de seguimiento y construcción de un nuevo futuro con el propio paciente, se deben conocer aquellos factores personales que envuelven las distintas áreas de las enfermeras en estas situaciones y que pueden actuar como facilitadores o favorecedores de una comunicación eficaz, del manejo de sentimientos, de la conducta empática... o que por el contrario, pueden actuar como factores que dificultan las actitudes emocionales, psicológicas y conductuales necesarias para este tipo de relación terapéutica.

2. OBJETIVOS

Por lo tanto, este proyecto de investigación, trata de originar un diseño de estudio por el que, a través de la metodología cualitativa, se llegue a una comprensión más profunda de estos factores internos que afectan a la práctica de la profesión de enfermería en el proceso de comunicación de malas noticias, en general, y, sobretudo, en el seguimiento y acompañamiento del paciente oncológico para lograr su adecuada adaptación.

Este objetivo general se divide en los distintos objetivos que se exponen a continuación:

- Describir las emociones, los pensamientos y las estrategias de acción que guían a las enfermeras a actuar en el acompañamiento al paciente oncológico tras la comunicación de malas noticias.
- Describir los factores estresantes que dificultan la comunicación con el paciente oncológico en estas situaciones.
- Describir las fortalezas o factores facilitadores que las enfermeras poseen y utilizan para favorecer una comunicación eficaz y fomentar un proceso óptimo de adaptación en el paciente oncológico.

3. MÉTODO

3.1. Metodología.

El ejercicio de la profesión de enfermería debe estar basado en la mejor evidencia científica, ya que la introducción de la investigación en la práctica enfermera permite la oportunidad de mejorar, avanzar, crear conocimiento y, por tanto, desarrollar la profesión. La investigación cualitativa puede definirse como aquella estrategia de investigación que se fundamente en una descripción rigurosa del fenómeno, conducta o situación, con el objetivo de realizar un análisis de los datos recogidos para obtener conocimiento científico válido (Anguera, 1986).

Además, una de las características más importantes de este tipo de investigación es su intención de comprensión holística o contextual del fenómeno, estudiado desde su complejidad (Anguera, 1986). Es decir, la metodología cualitativa se basa en la captación del fenómeno de estudio desde una perspectiva holística, comprendiendo el contexto y el significado humano que se le ha atribuido a cada una de las circunstancias que se encuentran presentes en la realidad estudiada (Cuesta, 2006).

De forma que, las estrategias cualitativas en enfermería ponen su énfasis en la comprensión del comportamiento humano, singularizando a la enfermedad y al individuo; desde el enfoque fenomenológico en el que se busca la comprensión de las experiencias vividas (Melero y García, 2015). Del mismo modo, este tipo de investigación permite la contextualización del trabajo de enfermería, revela los aspectos psicosociales no visibles en el cuidado y desarrolla conocimiento cercano a la realidad individualizada (Cuesta, 2006).

Por lo tanto, la investigación cualitativa es la primera elección para el estudio de aspectos psicosociales como el planteado en este proyecto. Así que, con este tipo de metodología, el diseño de investigación que se propone permitirá generar conocimientos reales y específicos de los problemas planteados, de los pacientes y de los profesionales sanitarios que se relacionan con el tema a estudiar. De forma que, este proyecto debe dirigirse a la comprensión del contexto del fenómeno. Es decir, se debe comprender los factores que influyen en la comunicación de malas noticias al paciente oncológico y, más aún, se debe comprender la significación humana y su repercusión en la práctica de enfermería.

Por ello, se ha elegido la fenomenología como abordaje, dentro de la investigación cualitativa, que guie este estudio. Este concepto se entiende, dentro de las ciencias de la salud, como el estudio de las experiencias y/o vivencias respecto de una enfermedad o circunstancia expresadas por el protagonista de la experiencia (Palacios-Ceña y Corral, 2010). De tal modo que, la fenomenología se dirige a la comprensión del significado de los fenómenos experimentados por el individuo analizando la expresión que este realiza sobre su vivencia de los mismos.

No obstante, la metodología cualitativa requiere que el diseño del estudio de investigación sea flexible para que se adapte a los cambios o a las necesidades que se requieran para comprender el fenómeno en su complejidad. Esta característica del diseño supone que el investigador debe de ser capaz de tomar decisiones a lo largo del proceso para introducirse en la complejidad de la realidad estudiada (Serrano, 2012).

3.2. Selección de Participantes. Muestreo.

En los diseños de investigación cualitativa, la selección de los participantes se realiza mediante técnicas de muestreo no probabilístico; puesto que se buscan aquellos participantes y aquellos contextos o situaciones que representen el problema de una forma más completa o que posean los conocimientos requeridos para el tema que se desea investigar. De tal forma que el investigador debe preguntarse qué personas y qué situaciones proporcionarán datos más completos y con mayor riqueza científica. Además, el número de participantes se delimita a posteriori, una vez que se haya alcanzado la saturación teórica; es decir, cuando los datos que se obtienen no proporcionan ninguna nueva información que no se haya adquirido antes (Serrano, 2012).

Por ello, teniendo en cuenta estas consideraciones; en el diseño de este estudio se va a utilizar un muestreo de tipo intencional, no aleatorio, de modo que, los participantes de la investigación serán seleccionados por sus conocimientos y su proximidad al tema sobre el que versa el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- En primer lugar, se seleccionarán profesionales de los hospitales de la Comunidad Autónoma de Madrid que hayan ejercido o estén ejerciendo su profesión en una unidad de oncología general.

- De forma concreta, se seleccionarán exclusivamente a los profesionales de enfermería.
- En cuanto al tiempo trabajado, se deben escoger a aquellos que lleven más de dos años trabajando en esa unidad o en otras unidades de oncología.
- Los participantes deben haberse enfrentado a situaciones de enfermedad avanzada o terminal, o comunicación de algún tipo de mala noticia relacionada con el paciente oncológico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- No se incluirán aquellos profesionales que ejerzan como enfermeras en unidades u hospitales de oncología infantil; para evitar sesgos en los resultados relacionados con la edad, ya que puede afectar significativamente a las respuestas frente a la comunicación de malas noticias.

Finalmente, se realizará una división en los participantes según su género masculino o femenino, según el hospital público o privado y por grupos de edad de los profesionales; con el objetivo de averiguar si estas variables influyen en la vivencia de la comunicación de malas noticias. De este modo se obtendrán diferentes perfiles representativos del campo de estudio, ya que este es demasiado amplio.

3.3. Estrategias para la Recolección de Datos.

La recogida de datos en los diseños de investigación cualitativa, generalmente se realiza en el medio natural del fenómeno, esto es, cara a cara con los participantes implicados y en el medio donde tienen lugar las situaciones de interés (Serrano, 2012). Así, en este estudio, la recolección de la información tendrá lugar en los mismos hospitales en los que ejercen su profesión los participantes seleccionados; con el consentimiento de la dirección del hospital y la supervisión de la unidad escogida.

3.4. Instrumentos.

El instrumento escogido para la adquisición de los datos es la entrevista en profundidad, que es definida por Taylor y Bodgan (1990) como un conjunto de encuentros en los que el investigador se cita cara a cara con los informantes y están dirigidos a la comprensión de las perspectivas que los participantes poseen acerca de sus vidas, sus situaciones y experiencias, del mismo modo en el que ellos mismos las expresan. Más concretamente, se utilizará una entrevista semi-estructurada; que es aquella en la que el entrevistador

tan sólo dispone de un guión que ha elaborado el investigador. De este modo, se pretende utilizar preguntas abiertas para no delimitar la información obtenida; sino que se favorezca la expresión de sentimientos y pensamientos en situaciones individuales y concretas.

El guión propuesto se establece en seis secciones temáticas:

- Sección 1: Características sociodemográficas y personales.
- Sección 2: Características laborales y profesionales.
- Sección 3: Concepto de mala noticia.
- Sección 4: Papel de la enfermera en el proceso de comunicación de malas noticias.
- Sección 5: Experiencia profesional y personal en la participación durante el proceso de comunicación de malas noticias.
 - o Sentimientos.
 - o Pensamientos.
 - o Acciones.
- Sección 6: Reflexión evaluativa sobre la propia experiencia en el proceso de comunicación de malas noticias.
 - o Factores profesionales/personales/situacionales positivos que favorecen el proceso.
 - o Factores profesionales/personales/situacionales estresantes que dificultan el proceso.
 - o Necesidades de mejora que identifica.

Se utilizará el mismo guión para todos los participantes, con la posibilidad de modificación del mismo si las necesidades de la investigación lo requieren. En cuanto al tiempo de la duración de cada entrevista, se utilizará tanto tiempo como sea necesario para abordar todos los aspectos que el guión contiene, pudiendo demorarse a varios encuentros con el informante.

1.5. Análisis de los Datos.

En investigación cualitativa el análisis de los datos obtenidos no se basa en reglas estadísticas o matemáticas, sino que es una actividad inductiva, guiada por los datos a través de la cual se pretende obtener conocimiento válido, basándose en la actividad crítica y reflexiva de los investigadores (Tesch, 1990). En este proyecto de investigación

se obtendrán los datos en forma de transcripción de entrevistas de tal forma que, cada entrevista será tratada como un caso en la investigación.

Por tanto, para analizar los datos será necesario transcribir las entrevistas obtenidas. Se seguirán las fases propuestas por Huberman y Miles (2000): Reducción de los datos, exposición de los datos y conclusiones. En primer lugar, se deben resumir los datos, transcribirlos o codificarlos y descomponerlos según sus temas, grupos o categorías. Teniendo en cuenta los objetivos de esta investigación, los temas o categorías en los que se espera que se divida la información son los siguientes:

EMOCIONES	ESTRESANTES	Emoción 1, Emoción 2, (...)
	FACILITADORAS	Emoción 1, Emoción 2, (...)
PENSAMIENTOS	ESTRESANTES	Pensamiento 1, Pensamiento 2, (...)
	FACILITADORES	Pensamiento 1, Pensamiento 2, (...)
ACCIONES	ESTRESANTES	Acción 1, Acción 2, (...)
	FACILITADORAS	Acción 1, Acción 2, (...)
OTROS FACTORES	ESTRESANTES	Factor 1, Factor 2, (...)
	FACILITADORES	Factor 1, Factor 2, (...)

Posteriormente, tras la transcripción de los datos, se llevará a cabo un proceso de triangulación de la información con el propio entrevistado que consiste en la comparación y verificación de la información obtenida en diferentes momentos del estudio (Patton, 2002). Esta triangulación se concreta en un segundo encuentro con los participantes con el objetivo de confirmar y matizar la transcripción realizada sobre la entrevista inicial. De este modo, se otorga mayor validez a los datos y mayor fiabilidad a la información obtenida.

En la siguiente fase de exposición de los datos, se trata de ensamblar la información de forma que permita sacar conclusiones. Generalmente, se utilizan métodos que permitan desplegar los datos en formas visuales como diagramas, cuadros o tablas (Huberman y

Miles, 2000). Para este proyecto de investigación, se pretende utilizar el diagrama de barras en cada una de las categorías que se van a utilizar (emociones, pensamientos, acciones y otros factores), subdividiéndose a su vez cada categoría en dos grupos: estresantes y facilitadores. De esta forma, se obtendrá un diagrama de barras para las emociones estresantes, otro para las emociones facilitadoras, y el mismo procedimiento con los otros factores. El diagrama de barras representará la prevalencia de aparición de cada factor en la muestra analizada. De este modo, se pretende analizar de una forma visual qué factores influyen de forma significativa en la experiencia de los profesionales de enfermería respecto al acompañamiento del paciente oncológico tras la comunicación de una mala noticia. Además, al realizar una subdivisión categorial en cada factor entre “estresantes” y “facilitadores”, se podrá analizar de forma objetiva qué factores influyen positivamente y que factores influyen negativamente en la experiencia de los participantes del estudio. Por lo tanto, este tipo de representación de los datos, permite analizar la intensidad de la influencia de cada factor en los participantes (representada por la prevalencia de ese factor en la muestra total) y la valencia de esa influencia sobre los participantes (positiva, si es un factor facilitador, o negativa, si es un factor estresante).

Finalmente, la tercera fase consiste en la interpretación de los datos y en la extracción de sus significado para conseguir las conclusiones del estudio (Huberman y Miles, 2000).

4. ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Cualquier investigación debe de asegurar los derechos de los participantes a la autodeterminación, a la intimidad o al anonimato, entre otros (Serrano, 2012). La Ley 14/2007, de Investigación biomédica pretende proteger estos derechos de los sujetos participantes en este tipo de estudios. En el artículo 2 de esta ley, titulado como “Principios y garantías de la investigación biomédica”, se defiende la protección de la dignidad e identidad de las personas que participan en las investigaciones y garantiza el respeto a sus derechos y libertades fundamentales.

Para asegurar que la investigación cumple con el respeto a los derechos del ser humano, este diseño de investigación deberá ser aprobado por la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid. Además, se ha de solicitar el consentimiento informado de cada uno de los participantes (Serrano, 2012). En el artículo 4 de la Ley 14/2007 se define el respeto a la libre autonomía de las personas que participan en una investigación y la presentación de su consentimiento expreso como forma de asegurar este derecho. El consentimiento informado debe de ser firmado por todos los participantes después de recibir, por escrito, toda la información relativa al estudio en el que colaboran. Dicha información debe contener la naturaleza, importancia, implicaciones y riesgos de la investigación. Del mismo modo, se debe informar sobre el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, si así lo desea el participante.

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los criterios para evaluar la validez y fiabilidad de un estudio cualitativo, generalmente son los conceptos de dependencia, credibilidad, auditabilidad y transferibilidad (Salgado, 2007). Analizando el significado de estos conceptos, se pretende analizar las limitaciones de este diseño de investigación.

En primer lugar, la dependencia se define como el grado en el que distintos investigadores que recojan datos similares en este campo de investigación y lleven a cabo los mismos análisis, obtengan resultados equivalentes (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). En este sentido, las limitaciones de este estudio que pueden amenazar la dependencia de los datos obtenidos son los posibles sesgos del investigador en la sistematización y en la codificación de la información, así como en la interpretación del significado de los datos.

Respecto a la credibilidad, este concepto puede definirse como la manera en la que los resultados de una investigación son considerados como verdaderos por las personas participantes en dicha investigación (Salgado, 2007). Según este criterio, la presencia del investigador y su influencia sobre la expresión de la información en las entrevistas por parte de los participantes, la entrevista semiestructurada y la posibilidad del investigador de indagar en los temas que él considere relevantes pueden comprometer la credibilidad de este diseño de investigación.

En cuanto a la auditabilidad, también denominada confirmabilidad, consiste en la capacidad de un investigador para comprender los pasos que ha dado el investigador del estudio. En este aspecto, será necesario dejar constancia de todas las acciones que el investigador tome durante la ejecución de esta investigación.

La transferibilidad o aplicabilidad, se trata de la capacidad de los resultados para ser extendidos a otras poblaciones. Es por ello que se deben considerar las características demográficas de los participantes y la representatividad de los contextos en los que se ha estudiado el fenómeno (Salgado, 2007).

Además, es importante destacar las limitaciones de tipo emocional, puesto que el gran contenido afectivo que posee el tema puede causar un impacto en el investigador que sesgue la información o que influya en los resultados. Por eso, sería recomendable que la persona que transcriba las entrevistas no fuese el mismo investigador, y que tenga experiencia y habilidades en el control y manejo de las emociones.

Por último, aparecerían limitaciones de tipo personal relacionadas con la falta de conocimiento y experiencia del investigador. Debido a la escasez de práctica en investigación, el autor de este proyecto carece de experiencia en metodología de la investigación, análisis de datos, criterio para seleccionar fuentes bibliográficas fiables... Y todas estas carencias pueden comprometer la validez y fiabilidad de los resultados que se obtengan. Por lo tanto, y para evitar limitaciones de este tipo, será necesario contar con la colaboración de profesionales de la investigación con mayor experiencia que supervisen y colaboren con el desarrollo del estudio.

6. UTILIDAD DEL ESTUDIO

La finalidad del estudio que se propone consiste en una definición concreta de la vivencia que las enfermeras experimentan durante el acompañamiento al paciente oncológico tras la comunicación de una mala noticia. Este objetivo, como se ha explicado anteriormente, exige la necesidad de identificar aquellos factores psicológicos, afectivos, personales o situacionales que influyan en este proceso de forma positiva o negativa.

Por lo tanto, los resultados que se obtengan aportarán numerosas líneas de investigación a seguir en las que entre en juego, en cierta medida, la investigación cuantitativa. Ya que la investigación cualitativa ha sido y sigue considerándose como la precursora para generar teorías que se contrasten con métodos cuantitativos (Dixon, Fitzpatrick, y Roberts, 2001). Así, en estudios futuros se podrá objetivar si la influencia de los factores que aparezcan en los resultados de esta investigación, contribuye de forma significativa a la adaptación de los pacientes oncológicos a la nueva situación que la mala noticia subyace.

Del mismo modo, los resultados de este estudio aportarán información relevante sobre aquellos aspectos que intervienen en la comunicación de malas noticias. Por eso, podrán utilizarse para elaborar planes de formación relacionados con este tipo de comunicación, en los que se incluyan los conocimientos y habilidades necesarias para manejar los factores que dificulten este proceso y potenciar aquellos aspectos que permitan a las enfermeras acompañar al paciente de forma óptima.

7. CONCLUSIONES

La comunicación al paciente, por parte de los profesionales sanitarios, relacionada con su estado de salud, es un derecho que recogen numerosas legislaciones nacionales e internacionales. No obstante, la comunicación de malas noticias supone un complejo esfuerzo para los comunicadores, que requiere un abordaje integral del paciente y su contexto, manejando las emociones tanto del paciente como del profesional sanitario (Mirón, 2010).

Debido a esta complejidad, los propios profesionales sanitarios expresan una gran necesidad formativa que les capacite para afrontar este difícil proceso de comunicación y acompañamiento posterior (Aranda et al., 2014).

Además, las malas noticias relacionadas con la enfermedad oncológica acrecientan la dificultad del proceso comunicativo, puesto que esta enfermedad está asociada a sentimientos de dolor, sufrimiento e incluso muerte y conlleva una gran connotación emocional (Chinweuba, Anarado, Nwonu, Okoronkwo, y Agbapuonwu, 2013).

Por otro lado, la comunicación de malas noticias debe enfocarse como un proceso continuo que permanezca hasta que desaparezcan las preocupaciones y/o preguntas del paciente y sus familiares (Randall y Wearn, 2005). Por eso, la enfermera ejerce un papel fundamental en las etapas finales de este proceso basadas en el acompañamiento, en la ayuda para la toma de decisiones y en la planificación del futuro del paciente; ofreciendo un seguimiento, tanto físico como psicológico (Lorda, 2009).

Por este motivo, el proyecto expuesto pretende profundizar en las emociones, pensamientos y otros factores que influyen en las enfermeras durante la vivencia del acompañamiento a este tipo de pacientes tras la comunicación de una noticia que altere sus expectativas de futuro. Sin embargo, no podemos observar los resultados del estudio puesto que se trata únicamente de un diseño que no se ha llevado a cabo.

Las perspectivas del autor respecto de este trabajo no se han cumplido en su totalidad, puesto que desearía poner en práctica los conocimientos aprendidos en materia de investigación y de comunicación de malas noticias llevando a cabo el estudio planteado. No obstante, las expectativas del diseño se han alcanzado satisfactoriamente teniendo en cuenta la inexperiencia del autor como investigador y gracias al seguimiento de la tutora del mismo. De modo que, el proyecto realizado ha servido al autor para adquirir conocimientos tanto teóricos; relacionados con la metodología de investigación

cualitativa, la comunicación de malas noticias y la enfermedad oncológica; como habilidades prácticas; como la búsqueda bibliográfica o el diseño del estudio.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Abbaszadeh, A. (2014). Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 7(18). Recuperado el 27 de diciembre de 2015, de https://www.researchgate.net/publication/269712635_Nurses%27_perspectives_on_breaking_bad_news_to_patients_and_their_families_A_qualitative_content_analysis
2. Anguera, M.T., (1986). La Investigación Cualitativa. *Educar*, 10, 23-50. Recuperado el 24 de febrero de 2016, de <http://www.raco.cat/index.php/educar/article/viewFile/42171/94904>
3. Aranda, C.I., Cedillo, R., del Campo, M.G., Ornelas, R.O., y Góngora, J. (2014). Factores que influyen y dificultan la comunicación de malas noticias en el personal de salud. *Acta Universitaria*, 2420(26). Recuperado el 10 de enero de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41632450003>
4. Artiaga, F.M. (2008). Manejo del proceso de duelo e intervención en crisis con pacientes y sus familias en el contexto hospitalario: la situación de los nuevos profesionales de medicina y enfermería en Costa Rica. *Inter sedes*, 9, 55-67. Recuperado el 10 de diciembre de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66615063005>
5. Benítez, M.A., y Asensio, A. (2002). Fundamentos y Objetivos de los Cuidados Paliativos. *Atención Primaria*, 29, 50-52. Recuperado el 10 de enero de 2016, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265670270499X>
6. Buckman, R. (1984). Breaking Bad News: Why is still so difficult? *Br Med J*, 288, 1597-9. Recuperado el 27 de diciembre de 2015, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/>
7. Chinweuba, A.U., Anarado, A.N., Nwonu, E.I., Okoronkwo, I.L., y Agbapuonwu, N.E. (2013). Nurses Use of Facilitating and Blocking

- Communication Behaviours in Cancer Care. *IOSR Journal of Nursing and Health*, 2(5), 46-54. Recuperado el 4 de enero de 2016, de <http://iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol2-issue5/I0254654.pdf?id=8241>
8. Consulta Europea sobre los Derechos de los Pacientes. (1994). Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes. Recuperado el 19 de marzo de 2016, de http://www.ffis.es/ups/documentacion_ley_3_2009/Declaracion_promocion_der_echos_pacientes_en_Europa.pdf
 9. Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina. (1999). *Boletín Oficial del Estado*, núm.251. Recuperado el 19 de marzo de 2016, de <https://www.boe.es/boe/dias/1999/10/20/pdfs/A36825-36830.pdf>
 10. Cuesta, C. (1986). Naturaleza de la Investigación Cualitativa y su contribución a la práctica de Enfermería. *Metas de Enfermería*, 9, 50-55. Recuperado el 7 de marzo de 2016, de <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17045/3/Pre-print%20Metas.pdf>
 11. Dixon, M., Fitzpatrick, R., y Roberts, K. (2001). Including Qualitative Research in Systematic Reviews: Opportunities and Problems. *J Eval Clin Pract*, 7(2), 125-133.
 12. Fabrizzio, A., Querevalú Dan, L., y Maquera-Afaray, J. (2014). Comunicación de malas noticias: experiencia en un hospital de Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*: 31, 603. Recuperado el 22 de diciembre de 2015, de <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v31n3/a30v31n3.pdf>
 13. García, F. (2006). Comunicando Malas Noticias en Medicina: Recomendaciones para hacer de la Necesidad Virtud. *Medicina Intensiva*, 30, 452-459.
 14. Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

15. Huberman, A., y Miles, M. (2000). Métodos para el Manejo y el Análisis de Datos. En: Denman, C., y Haro, J. (Ed.) *Antología de Métodos Cualitativos en la Investigación Social*. Hermosillo, México: Colegio de Sonora.
16. Kaplan, M. (2010). SPIKES: A Framework for Breaking Bad News to Patient with Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 514-516. Recuperado el 20 de noviembre de 2015, de <https://cjon.ons.org/cjon/14/4/spikes-framework-breaking-bad-news-patients-cancer>
17. Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: McMillan.
18. Ley 14/2007, de 3 de Julio, de Investigación Biomédica. (2007). Boletín Oficial del Estado, núm. 159. Recuperado el 31 de marzo de 2016, de <http://www.boe.es/boe/dias/2007/07/04/pdfs/A28826-28848.pdf>
19. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación clínica. (2002). *Boletín Oficial del Estado*, núm.274. Recuperado el 19 de marzo de 2016, de <http://www.lamoncloa.gob.es/espana/eh15/sanidad/Documents/LEY%2041%20-%202002.pdf>
20. Lorda, I. (2009). *La comunicación de malas noticias*. Teruel. Boletín Oncológico del Área Sanitaria de Teruel. Recuperado el 20 de noviembre de 2015 de <http://www.boloncol.com/boletin-26/la-comunicacion-de-malas-noticias.html>
21. Maguire, P., y Faulkner, A. (1988) Improve the Counseling skills of Doctors and Nurses in Cancer Care. *British Medical Journal*, 297(6652), 847-849.
22. McGuigan, D. (2009). Communicating Bad News to Patients: a Reflective Approach. *Nursing Standard*, 23(31),51-56. Recuperado el 30 de noviembre de 2015, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19413074>

23. Melero, A., y García, R. (2015). Aportación de la Metodología Cualitativa en estudios de Enfermería sobre la percepción del Paciente. *Nure Inv.*, 13(80). Recuperado el 28 de marzo de 2016, de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure>
24. Miaja, M., y Moral, J. (2013). El Significado Psicológico de las cinco Fases del Duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las Redes Semánticas Naturales. *Psicooncología*, 10(1), 109-130. Recuperado el 21 de marzo de 2016, de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/41951/39953>
25. Miller, L. (2002). Effective Communication with Older People. *Nursing Standard*, 17(9), 45-50. Recuperado el 17 de diciembre de 2015, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12478923>
26. Mirón, R. (2010). Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera. *Rev Esp Com Sal*, 1, 39-49. Recuperado el 22 de febrero de 2016, de http://www.aecs.es/1_1_com_malas_noticias.pdf
27. Moral, J., y Miaja, M. (2015). Contraste Empírico del Modelo de cinco Fases del Duelo de Kübler-Ross en Mujeres con Cáncer. *Pensamiento Psicológico*, 13(1), 7-25. Recuperado el 21 de marzo de 2016, de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v13n1/v13n1a01.pdf>
28. Organización Colegial de Enfermería, Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería (1989). *Código Deontológico de la Enfermería Española*. Madrid: S.S.A.G., S.L.
29. Palacios-Ceña, D., y Corral, I. (2010). Fundamentos y Desarrollo de un protocolo de Investigación Fenomenológica en Enfermería. *Enfermería Intensiva*, 21(2), 68-73. Recuperado el 29 de abril de 2016, de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo->

30. Patton, M. (2002) *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Thousand Oaks: Sage.
31. Paz, M., Cruz, F., Schmidt, J., Muñoz, A., Montoya, R., Prados, D., Pappous, A., y Botella, M.C. (2010). Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 57-73. Recuperado el 20 de diciembre, de https://issuu.com/formacionaxarquia/docs/ijchp_340_tema_1
32. Prados, J.A., y Quesada, F. (2009). Comunicación Verbal: Dar Malas Noticias. *Enfermería 21*. 294-301.
33. Randall, T.C., y Wearn, A.M.(2005). Receiving Bad News: Patients with Haematological Cancer reflect upon their Experiences. *Palliative Medicine*,19(8), 594-601. Recuperado el 15 de enero de 2016, de <http://pmj.sagepub.com/content/19/8/594>
34. Rodríguez, J.A.(2013). Comunicación de Malas Noticias, una técnica que se puede aprender. *Hygia*, 84, 41-45.
35. Rodríguez, J.J. (2010). Comunicación Clínica: Cómo dar Malas Noticias. *Bizcaia: Osakidetza*. Recuperado el 15 de noviembre de 2015, de <http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Dar-Malas-Noticias-JJ-Rodriguez-S-2010.pdf>
36. Rodríguez, R., Moreno, B., Rivas, S., y Herrero, M. (2011). Recursos Personales en la Relación con el Paciente: las Estrategias de Regulación Emocional. *Norte de salud mental*, 9(41) ,38-48. Recuperado el 22 de febrero de 2015, de https://www.researchgate.net/publication/230596284_Recursos_Personales_Posi

tivos_en_la_Relacion_con_el_Paciente_las_Estrategias_de_Regulacion_Emocional

37. Salgado, A.C. (2007). Investigación Cualitativa: Diseños, Evaluación del Rigor metodológico y Retos. *Liberabit*, 13, 71-78. Recuperado el 31 de marzo de 2016, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>
38. Serrano, P. (2012). *Trabajo Fin de Grado en Ciencias de la Salud*. Madrid, España: Difusión Avances de Enfermería (DAE, S.L.)
39. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (2016). Las Cifras del Cáncer en España 2016. Recuperado el 1 de abril de 2016, de http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESP_2016.pdf
40. Solís, A. Journal. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa.(2014). *Reuniones familiares como herramienta terapéutica en el paciente paliativo*, México. Recuperado el 10 de diciembre de 2015, de <http://www.dolorypaliativos.org/jc83.asp>
41. Taylor, S.J., y Bodgan, R. (1990). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Buenos Aires: Paidós.
42. Tesch, R. (1990). *Qualitative research: Analysis Types and Software Tools*. New York: Falmer.
43. Tobin, G.A., y Begley, C. (2008). Receiving Bad News: a Phenomenological Exploration of the Lived Experience of Receiving a Cancer Diagnosis. *Cancer Nursing*, 31(5),31-39.
44. Tajudeen, O. (2012). Breaking Bad News. *Online Journal of Medicine and Medical Science Research*, 1, 88-90. Recuperado el 20 de noviembre de 2015, de <http://www.onlineresearchjournals.org/JMMSR>

45. Del Valle, M. (2006). Enfoque Comunicacional de los Profesionales de la Salud: Malas Noticias. *Publicación oficial SEDENE*, 23, 23-25.
46. Warnock, C. (2014). Breaking Bad News: Issues Relating to Nursing Practice. *Nursing Standard*, 28(45), 51-58. Recuperado el 22 de febrero de 2016, de <http://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/ns.28.45.51.e8935>