

Interés general

Comunicar bien las malas noticias en medicina: Una labor compartida Communicate well bad news in medicine: A shared work

Carmen Rayón Velázquez,¹ Emily Alejandra Cortés Mancera¹, Claudia Catalina Maya Ampudia²

¹ Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México

² Servicio de Educación Continua del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra

Dirección para correspondencia:

Claudia Catalina Maya Ampudia
Dirección: Calzada México Xochimilco, Núm. 289.
Col. Arenal de Guadalupe, 14389, Ciudad de México, México.
Teléfono: 59 99 10 00 ext. 18347
Correo electrónico: mayaampudia@yahoo.com.mx

Recibido: 17 de Julio de 2017
Aceptado: 29 de Noviembre 2017

Conflicto de intereses: Se declara que no existe ningún tipo de conflicto de intereses con ninguno de los autores.

Palabras clave:

malas noticias, relación médico-paciente, equipo multidisciplinario en salud.

Key words:

bad news, doctor-patient relationship, multidisciplinary health team

Resumen:

Comunicar una mala noticia en el ámbito médico resulta una situación difícil para el personal de salud involucrado, debido a las posibles repercusiones en la vida de los pacientes. Esta tarea se ha asignado generalmente a los médicos, quienes asumen toda la responsabilidad y en muchas ocasiones no han sido formados para ello. Con el fin de facilitar al personal de salud la comunicación efectiva de las malas noticias, se presenta una propuesta que integra las recomendaciones de algunos autores acerca de este proceso y la experiencia adquirida por personal del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra.

Basándose en las entrevistas realizadas a personal médico y paramédico del instituto, se identificaron los aspectos dirigidos a promover la comunicación efectiva de las malas noticias entre el personal de salud, el paciente y la familia; destacando el papel del equipo multidisciplinario, el análisis del momento apropiado, la forma, el contenido, la verificación de la comprensión de la información, el seguimiento del proceso y el cuidado de los aspectos emocionales, tanto del paciente, como de su familia y del equipo de salud.

Además, se sugiere la incorporación del equipo multidisciplinario a la tarea de comunicar la mala noticia, como una estrategia viable y conveniente.

Abstract:

Communicating medical bad news turns into a difficult situation for the health staff involved, given the possible repercussions in the life of patients. This task has been generally assigned to medical doctors, who assume all the responsibility and sometimes have no preparation to do it. In order to facilitate the effective communication of bad news for health staff, a proposal is presented which integrates the recommendations from some authors about this process and the acquired experience of the Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra staff.

Based on interviews made to medical staff and paramedics from the institute, aspects directed to promote effective communication of bad news among the health staff, the patient and family were identified; highlighting the role of a multidisciplinary team, analysis of the proper time, form, content, verification of the information understanding, follow up of the process and the care for the emotional aspects of everyone involved.

Besides, the incorporation of the multidisciplinary team to the task of communicating the bad news is suggested as a viable and convenient strategy.

Introducción

Comunicar una mala noticia dentro del contexto de la atención médica es una tarea difícil. La necesidad de comunicar a un paciente y a sus familiares el diagnóstico de una enfermedad terminal, una enfermedad crónica, el fracaso de un tratamiento, la necesidad de una amputación, un tratamiento complicado, o incluso, la inminencia de muerte, puede generar en el personal de salud temor a: causar dolor; a expresar sus emociones por experiencias personales; a las repercusiones legales¹; a causar dolor destruyendo la esperanza del paciente,² y a experimentar sensación de fracaso, frustración y tristeza.

Por otro lado, la forma en que se dé la noticia y en que ésta sea percibida e interpretada, puede generar en el paciente un sufrimiento adicional innecesario, afectación de la relación médico paciente,³ disminución del apego o abandono al tratamiento, incomprensión de la información, toma de decisiones precipitadas o inadecuadas y estados de ánimo exacerbados en el paciente.

Es por su trascendencia, que se considera necesario contar con elementos que faciliten y guíen al personal de salud en esta tarea. El presente trabajo integra la experiencia adquirida por médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo

Ibarra Ibarra (INRLGII), con las recomendaciones realizadas por algunos autores acerca de este proceso, con el fin de proporcionar un documento que sirva de referencia para el personal de salud.

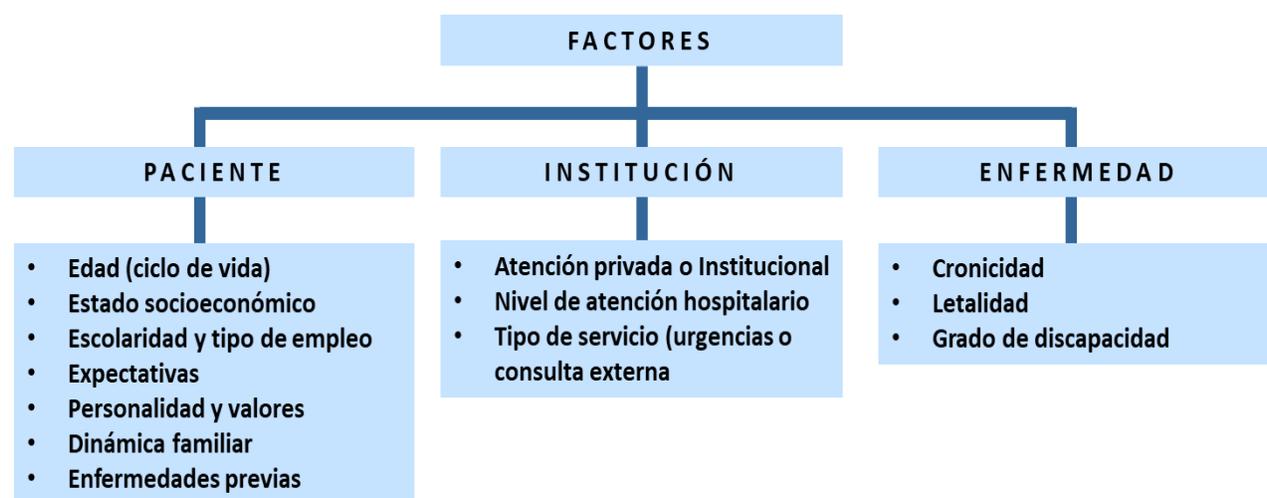
Una mala noticia en salud es una información que altera negativamente las expectativas o percepciones del paciente sobre su estado actual o futuro de salud.²

Para determinar cómo, cuándo y dónde comunicar una mala noticia, es necesario considerar diversos factores (ver Esquema 1), ya que no es lo mismo comunicar la información a un joven que a un adulto; dentro de un servicio de urgencias que en consulta externa o hablar de una enfermedad aguda o crónica.

Dada la complejidad del proceso y de su trascendencia en la vida del paciente, se sugieren las siguientes fases, algunas de ellas retomadas de las etapas de Buckman^{4,6} y otras integradas por los autores a partir de la experiencia del personal del INRLGII.

1. Prepararse para dar la mala noticia y formar el equipo de trabajo

Si bien, la responsabilidad de comunicar la mala noticia es considerada como exclusiva del médico, en un ambiente hospitalario se propone que los profesionales de salud que estén en mayor contac-



Esquema 1. Factores a considerar en la comunicación de las malas noticias en medicina.

Fuente: Personal entrevistado del INRLGII y autores.

to con el paciente formen parte del equipo encargado de comunicar la mala noticia. En donde cada integrante tenga un papel activo, aportando orientación, contención e información valiosa para brindar una atención integral al paciente y a su familia, durante todo el proceso.

Es indispensable que el equipo se reúna previamente, para:

- Revisar el expediente completo, contextualizar al paciente y a su familia, preparar guiones y anticipar las respuestas a preguntas sobre riesgos, tra-

tamiento y pronóstico.

- Establecer acuerdos sobre la participación y la información que cada integrante brindará de acuerdo a su área de competencia (ver Tabla 1), evitando información contraria o ambigua que pueda generar malas interpretaciones que anulen la credibilidad en el equipo.

- Decidir el momento oportuno, evitando accidentes por el impacto, recaídas en la rehabilitación y/o en el tratamiento.

Tabla 1. Rol de los integrantes del equipo de salud encargado de dar las malas noticias.

Integrantes principales del equipo y su rol	
Médico tratante	El médico es el líder del equipo, da indicaciones y pautas para iniciar el proceso, comunica la mala noticia dando el diagnóstico, las alternativas de tratamiento, los alcances de los mismos y los pronósticos.
Médico residente	Está en mayor contacto con el paciente y familiares, generalmente recibe las dudas iniciales y posteriores, por lo que es necesario que conozca qué información se le transmite al paciente. Su participación contribuye en su formación médica.
Psicología	Realiza sesiones previas con el paciente (y su familia) para determinar si su estabilidad emocional es adecuada para iniciar el abordaje. Durante la notificación da contención y apoyo si se presenta una crisis emocional. Observa el comportamiento y las reacciones del paciente y de sus familiares para abordarlas en consultas subsiguientes. Resalta las fortalezas personales del paciente para afrontar la situación y contribuye en el proceso de duelo. Después de la notificación, puede brindar retroalimentación acerca de la reacción y dinámica del equipo de salud, así como brindar contención al equipo, de ser necesario.
Trabajo social	Identifica las redes de apoyo, el estatus socioeconómico y aborda las posibilidades de reintegración social, familiar y laboral. Resalta los recursos sociales del paciente y su familia para enfrentar la situación. Brinda orientación y acompañamiento en la realización de trámites.
Enfermería	Identifica situaciones de riesgo, antes y después de la notificación de la noticia. Su presencia contribuye en la percepción de continuidad de la atención para el paciente y su familia. ⁵ Recibe dudas iniciales y posteriores del paciente, razón por la cual es importante que conozca la información que se le transmite al paciente.
Integrantes auxiliares y su rol	
Tanatología	Brinda apoyo durante las etapas de duelo al paciente y su familia, de ser necesario.
Psiquiatría	Detecta e interviene en casos de depresión profunda y/o de otro tipo de alteración.

Fuente: Personal entrevistado del INRLGII y autores

- Prepararse emocionalmente, puesto que nadie está exento de experimentar miedo e inseguridad.

Es fundamental que cada integrante del equipo perciba un ambiente de cohesión, respeto y compañerismo, lo que le brindará la libertad de aportar su experiencia y conocimiento de su área. Debe quedar claro que cada integrante tiene una aportación complementaria, única y valiosa en el proceso.

Trabajar en equipo tiene ventajas, como la de reunir en un corto tiempo y por varias vías información necesaria sobre el paciente y su familia (ver Esquema 1); contar con los diferentes puntos de vista de los profesionales de la salud; posibilidad de valorar las dificultades, los recursos y las alternativas del paciente en sus diferentes áreas de vida; brindar al paciente la percepción de acompañamiento durante el seguimiento de su padecimiento y brindar una atención multidisciplinaria oportuna.

Así mismo, el médico puede sentirse apoyado y respaldado antes, durante y después de comunicar la noticia; obtener otro tipo de información, más allá de la médica, que le ayude a decidir sobre cuándo, qué y cómo comunicar la noticia; recibir retroalimentación acerca del grado en que el paciente comprendió la información, cómo la interpretó, sus dudas, temores, y la forma en que repercute la información en su vida.

Además, la labor del equipo de salud puede compensar la falta de tiempo del médico para establecer una relación médico-paciente en una institución, dada la gran demanda de atención.

Sin embargo, si el personal de salud no se encuentra integrado como un equipo multidisciplinario, con la comunicación necesaria que le permita llegar a acuerdos, no será posible llevar a cabo el proceso de comunicación de malas noticias efectivamente. Ya que un grupo de profesionales desintegrado aumenta la posibilidad de transmitir información contradictoria y/o ambigua que afecte la comprensión de la información por parte del paciente y de su familia y con esto demerite la credibilidad del equipo de salud, con todas las consecuencias que ello conlleva.

De no contar con un equipo de respaldo, se sugiere que el médico se prepare para comunicar las malas noticias retomando los aspectos aquí descritos que se adecúen a su práctica médica.

2. Buscar el momento y el lugar apropiado

Para elegir el momento apropiado de iniciar el proceso de dar la mala noticia, se sugiere tomar en cuenta el estado de salud actual y la estabilidad emocional del paciente y de la familia. Además es necesario asegurarse de que haya tiempo disponible para: dar la explicación, contestar las preguntas, para expresar las emociones, de manera que el paciente no se sienta apresurado.²

Aun cuando existen servicios en los que es difícil contar con un lugar exclusivo para este fin, es importante que cuente con la mayor privacidad y comodidad posible, de preferencia que sea un espacio donde no existan barreras entre el paciente, familiares y el personal de salud. Se deben evitar distracciones como: personas ajenas a la situación, uso de celulares, lugares concurridos (pasillos, sala de espera).

3. Averiguar lo que el paciente sabe

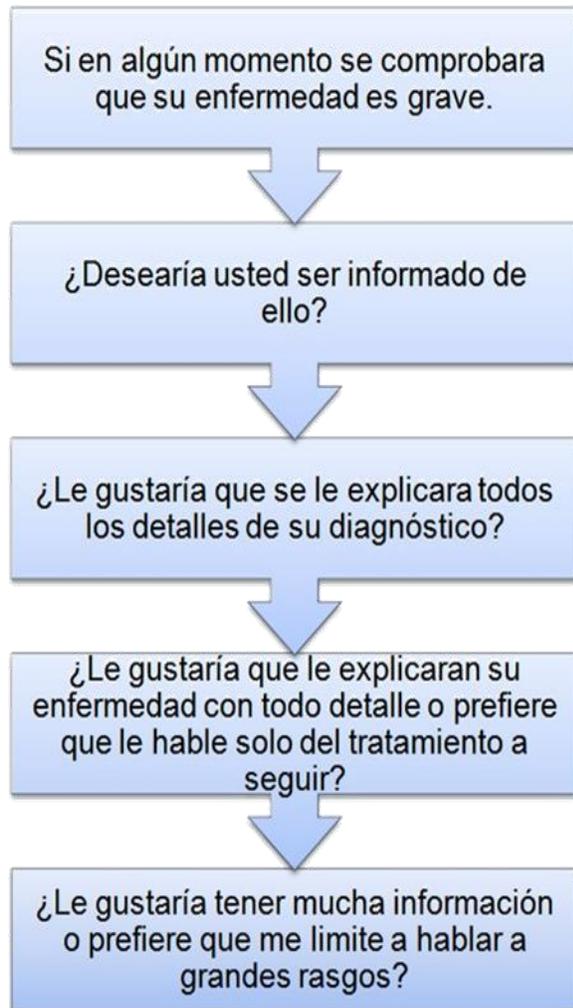
Un paciente, además de consultar a un médico, obtiene información por los medios de comunicación, familiares, otros pacientes y otros profesionales de la salud,⁶ por ello es importante explorar qué sabe el paciente y no hacer suposiciones. Para ello es necesario hacer preguntas directas y abiertas como las siguientes:

- ¿Qué le han dicho sobre su enfermedad?
- ¿A qué cree que se deba su padecimiento?
- ¿Qué tan grave considera la situación?
- ¿Hay alguna cosa que le preocupe sobre su padecimiento?

4. Averiguar lo que el paciente quiere saber o está en condiciones de saber.

Aunque el objetivo es brindar toda la información necesaria, es indispensable tomar en cuenta lo que el paciente quiere saber, por ejemplo: el diag-

nóstico, el tratamiento, sí conservará la vida, la funcionalidad, o su independencia en las actividades de la vida diaria. Para ello, se sugiere formular preguntas para conocer sus expectativas. (Ver Esquema 2).



Esquema 2. Preguntas de apoyo.

Fuente: Gómez S. *Cómo dar las malas noticias en medicina*. 3ra Edición. Madrid: Arán ediciones; 2006. p.106-107⁷

Al realizar cada pregunta es necesario permitir que los pacientes se expresen,⁸ puesto que existe tendencia a la interrupción frecuente al paciente durante el interrogatorio.⁹ Por ello, los pacientes se quejan de que no se toman en cuenta sus opinio-

nes, ni sus emociones; que no resuelven sus dudas; y que no les dedican el tiempo suficiente.¹⁰

Debe tomarse en cuenta que hay pacientes en condiciones de gravedad, con enfermedades psiquiátricas, con déficit cognitivo o que son niños, que no podrán comprender la información ni tomar decisiones, por lo que deberán estar acompañados del familiar más cercano, de preferencia que sea siempre el mismo para evitar distorsión de la información y para que éste tome las decisiones.

5. Comunicar la información.

Se debe tener certeza y claridad de la información que se va a compartir, sin redundar, ni mentir, adquiriendo un compromiso con la verdad, sin importar lo difícil que ésta pueda ser.

No sólo importa la información transmitida, sino la forma en que se expresa, el tono de voz, las gestikulaciones, los ademanes y la postura.

El profesional de la salud debe adquirir una ética profesional inquebrantable, siendo imparcial frente a los prejuicios sociales, no emitiendo opiniones personales acerca del diagnóstico, actitudes y estilos de vida, puesto que hacerlo podría afectar inconscientemente su actitud y trato hacia el paciente.

Comunicar incorrectamente las malas noticias puede generar un resultado más perjudicial para el paciente y su familia que el contenido real informado.⁸ Por lo cual se debe pensar de antemano cómo se va a dar la noticia, las palabras y frases adecuadas,² ya que un porcentaje alto de pacientes no entiende al médico por su lenguaje técnico.⁹ Para iniciar la comunicación, se puede apoyar de frases como: "Lo siento, pero creo que no tengo buenas noticias."⁸

La información debe comunicarse poco a poco, con lenguaje claro y conforme el paciente asimile, estableciendo contacto visual, hablando despacio y con suavidad, sin intimidar, invadir, ni presionar, generando un ambiente favorable y de confianza.

El planteamiento de la mala noticia debe destacar lo positivo tanto de las alternativas de tratamiento

como de los recursos y habilidades propios del paciente para enfrentar la situación.

Es preciso aclarar las condiciones de gravedad del paciente y no dar pronósticos definitivos, puesto que no existe la certeza de cómo evolucionará, es mejor hablar de probabilidades según la ciencia actual, cuidando de no generar falsas expectativas. Es fundamental que los pacientes conserven la fe al tratamiento y la esperanza en su curación,⁷ para lograr un buen apego al tratamiento.

Cuando el diagnóstico y/o pronóstico es malo, evitar usar frases como “no hay nada más que podamos hacer por usted”, ya que siempre se puede ofrecer apoyo, como control del dolor y reducción de los síntomas.⁵

El paciente será quien decida lo relativo a su salud, por lo tanto el médico será un guía que brinde oportunamente la información requerida, para que el paciente visualice su estado real de salud, el alcance de las opciones terapéuticas, su pronóstico y con ello dimensione las repercusiones de sus decisiones.

Se debe estar atento a lo que los pacientes entiendan e interpreten, debido a que por el impacto de la noticia pueden distorsionar o negar la información. Por lo tanto, si es necesario, se debe explicar nuevamente lo que no ha quedado claro con apoyo de imágenes o esquemas.

6. Responder a los sentimientos del paciente y a los propios

Debe resaltarse que lo que los pacientes necesitan es que los escuchen y los comprendan, que se interesen por ellos como personas,¹¹ por lo cual es primordial que el equipo no minimice la noticia, puesto que desconoce el impacto y trascendencia que ésta genera en la vida del paciente y su familia.

Los pacientes al recibir la información comienzan el proceso de duelo por la pérdida de la salud y las posibles pérdidas a ello asociadas, pudiendo mostrarse enojados. Las reacciones varían y dependen de su personalidad, actitud, y filosofía de vida, por lo tanto, el profesional debe ser consciente de ello

y no tomarlo personal, procurando ser empático. La clave para una respuesta empática se encuentra en reconocer las emociones y reacciones del paciente y de su familia durante la comunicación y responder a ellos de una manera apropiada,⁵ dando tiempo y validación a sus emociones cuando un paciente se desborda, usando frases como: “Debe ser muy duro para usted escuchar esto.”⁵

En ocasiones, el paciente se verá demasiado conmovido y será necesario brindarle contención, manteniendo la calma y la objetividad, explicando que su reacción es normal y entendible en su situación, dado que la información toma un tiempo en ser asimilada.⁵ Por otro lado, si el paciente se queda callado o en shock se debe interpretar y respetar ese silencio porque puede ser indicador de pena, molestia, resignación, o incapacidad para expresarse,¹² y esperar hasta que solicite continuar. Existe la posibilidad de que el paciente no exprese verbalmente lo que la noticia le genera, por lo que se debe prestar atención a lo que exprese a través de la actitud corporal.

Los integrantes del equipo de salud deberán observar las reacciones que los pacientes les provocan para procurar el control consciente de estas reacciones.¹² Comunicar una mala noticia puede generar llanto a un miembro del equipo, lo cual puede ser interpretado por el paciente como una expresión de empatía. Cuando eso ocurre, es necesario buscar la calma, la objetividad y recuperar el rol de apoyo y soporte como personal de salud.

El equipo debe cuidar no caer en frustración o enojo cuando un paciente decide no recibir el tratamiento por sus convicciones y/o sus creencias.

7. Seguimiento consensuado

El seguimiento debe ser consensuado entre el paciente y el equipo médico, dando importancia a las prioridades del paciente para planificar el número de visitas, fases del tratamiento, seguimiento y control.

Durante las citas subsecuentes se deberá:

- Estar atento a la aparición de síntomas clínicos que no forman parte de su enfermedad,

sino que aparecen como respuesta al impacto de la mala noticia.

- Verificar que el paciente no tenga amnesia posterior a la información.
- Plantear preguntas para cerciorarse de que el paciente comprendió la información, para prevenir que sobreestime la eficacia o mal interprete el propósito del tratamiento,⁵ y así evitar que sus expectativas sean irreales.
- Responder a las dudas, miedos y preocupaciones que los pacientes y familiares exterioricen.

8. Reunión de retroalimentación.

Una vez comunicada la mala noticia, es importante que el equipo de trabajo aún reunido, tenga una sesión de retroalimentación para comentar los puntos de vista acerca de cómo fue el evento, las reacciones y actitudes observadas en el paciente, sus familiares y en el equipo, analizando las posibles repercusiones que éstas generen en el progreso y recuperación del paciente.

Es fundamental hablar de cómo se sintió cada integrante del equipo durante la comunicación, puesto que pueden experimentar estrés, ansiedad, miedo a la evaluación negativa y responsabilidad por la noticia.⁵ Es recomendable hacer sesiones de catarsis y/o actividades recreativas que les permitan liberarse de sensaciones negativas.

Conclusión

Dar una mala noticia es un proceso, no sólo un evento⁶ y dada su complejidad se recomienda formar un equipo multidisciplinario donde cada integrante tenga una aportación significativa y complementaria sobre su área. Es fundamental elegir el momento, la forma y el contenido apropiados, considerando las características y las condiciones del paciente, para que haya una mejor comprensión y asimilación de la información. Durante este proceso se deben cuidar los aspectos emocionales, tanto del paciente como del equipo médico, para lo cual es importante llevar a cabo una sesión de retroalimentación.

Dar una mala noticia es un proceso complejo y depende de varios factores que lo hacen diferente

en cada caso, por lo que es recomendable prepararse para facilitar esta tarea.

Agradecimientos:

Nuestro especial reconocimiento y agradecimiento a la Psic. Sandra R. Hernández Sandoval, al Dr. Rafael Franco Cendejas, a la Psic. Rocío Valdez Luna, a la Psic. Cecilia Álvarez, a la Dra. Jimena Quinzaños, al Dr. Froylán Calderón, al Dr. Juan Antonio Madinaveitia, a la M.A.H. Leticia González, a la Dra. Ma. Guadalupe Morales, a la Psic. Laura Melina Valdés, a la Mtra. Rosio Albarrán, a la Psic. Alberta Landa, al Dr. Roberto González, al Dr. Luis Miguel Rosales, a la Psic. Patricia Hernández, a la Psic. Ana María Álvarez, a la Dra. María Chacón, al Dr. Leonardo Moreno y al Dr. Arcadio Cicero, personal médico, de psicología, de enfermería y de trabajo social, por brindarnos su confianza, compartir su tiempo, sus experiencias y conocimientos para la realización de este documento. Gracias a la Dra. Matilde Enríquez Sandoval, a la Dra. Xochiquetzal Hernández López y al Dr. Javier A. Camarena Olmedo por su gran apoyo.

Bibliografía:

1. García F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva*. 2006; 30 (9): 452-459.
2. Warnock C. Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard*. 2014; 28 (45): 51-58.
3. González M, León P. *El Reto de ser médico*. 2da. Edición. Ciudad de México: Ediciones y Servicios Editoriales; 2017.
4. Artús A, Beux V, Pérez S. Comunicación de malas noticias. *Biomedicina*. 2012; 7 (1): 28-33.
5. Herrera A, Ríos M, Manríquez J, Rojas G. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Rev. Méd Chile*. 2014; 142 (10): 1306-1315.
6. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08.

7. Gómez S. Cómo dar las malas noticias en medicina. 3ra Edición. Madrid: Arán ediciones; 2006.
8. Rebello P, Marchetti C. The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Rev Med Bras.* 2017; 63(1):43-49.
9. Zurita GRN. Estado actual de las demandas. *Medigraphic Cirujano Gneral.* 2011; 33 (s2): s141-s146.
10. Noble SA. Manteniendo una buena relación médico-paciente [Internet]. Argentina: Intramed; c. 2007 [citado 24 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=43197&pagina=1>.
11. Espinosa AE. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2013; 39(1):1-3.
12. Morales T. Capítulo 7 Barreras de la comunicación clínica. En: Tena T.C., Hernández O. F. *La comunicación humana en la relación médico paciente.* 2da Edición. Ciudad de México: Editorial Prado; 2007.