

Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio

ML Bascuñán¹, A Roizblatt², D Roizblatt³

¹Psicóloga. Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

²Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

³Consultorio el Aguilucho, Providencia. Chile.

Correspondencia:

M. Luz Bascuñán

Departamento de Psiquiatría Oriente

Facultad de Medicina

Universidad de Chile

Avenida Salvador 486, Providencia

Fono/Fax 2748855

(mbascunan@med.uchile.cl)

Resumen

La comunicación de malas noticias es una práctica inherente a la medicina. Las guías elaboradas para realizar esta tarea poseen un gran valor aún cuando constituyen orientaciones globales que deben ser adaptadas a cada situación particular considerando la idiosincrasia cultural propia de los actores sociales. En este contexto el presente estudio se propone explorar las prácticas de comunicación de malas noticias en distintos servicios hospitalarios de Santiago-Chile con el objeto de contribuir a la formación médica y a la elaboración de políticas de salud locales.

Materiales y métodos: Se utilizó una metodología cualitativa consistente en tres grupos focales con una muestra total de 33 médicos de dos hospitales de Santiago-Chile.

Resultados: la comunicación de malas noticias es una práctica frecuente para la cual no se ha recibido formación y que genera preocupación e interés en los distintos servicios hospitalarios. No se dispone de un procedimiento acordado de comunicación de malas noticias. Cada profesional ha desarrollado sus estrategias a partir de la experiencia. El informar al paciente es visto como un deber ético pero en muchos casos éste es interferido por la presión familiar. Se distinguen tipos de malas noticias y estrategias empleadas, así como aspectos facilitadores y obstaculizadores de este proceso comunicacional.

Conclusión: La vivencia del profesional es un factor central en la comunicación de malas noticias por lo que el desarrollo de mecanismos de auto-cuidado constituye un importante desafío.

Palabras clave: comunicación, malas noticias, ética médica.

Introducción

La comunicación de malas noticias es una práctica inherente a la medicina en tanto permanentemente se debe dar información que frustra las expectativas del paciente^{1,2}. Las deficiencias en este proceso de comunicación genera conflictos en la relación paciente-médico e insatisfacción en ambos.

En este contexto se han elaborado guías para la comu-

Summary

Giving bad news is inherent to the practice of medicine. Development of guidelines for this task has great value, although the orientations are only general and should be adapted to each case, allowing for the cultural idiosyncrasy of the people involved.

Objectives: the present study aims to explore common practices of giving bad news in different hospital services in Santiago-Chile.

Materials and methods: a qualitative methodology was applied through three focus groups with a sample of 33 physicians from two hospitals in Santiago-Chile.

Results: giving bad news is a frequent practice for which no training is given. It generates preoccupation and interest among professionals. There is no agreed procedure to communicate bad news. Each professional has had to develop his/her own way from his/her experience and observing others. Informing the patient is seen as an ethical duty, but in many cases it is not easy because of family pressure. Comments are made on different types of bad news, strategies for this communicational process and facilitators and barriers for it. **Conclusion:** Doctors' own professional past experience is a central factor in the way bad news is given, and so self-development mechanisms constitute an important challenge.

Key words: communication, bad news, medical ethics.

nación de malas noticias incluyendo los siguientes pasos: preparación del profesional y del *setting* físico, estimación de cuánto sabe y desea saber el paciente, entrega de información y respuesta a dudas y sentimientos, identificación de recursos y estrategias de seguimiento, y reconocimiento de las propias reacciones emociones del profesional^{3,4,5}.

Sin embargo, estas pautas son orientaciones globales que deben ser adaptadas a cada situación e interpretadas por el profesional poniéndose en juego su juicio y prudencia.

Además el reconocimiento de la idiosincrasia cultural nos obliga a revisar estas formulaciones a la luz de las características, valores y costumbres locales. Médicos y pacientes se encuentran en un sistema cultural que marca las coordenadas de lo que es esperable, deseable y posible en un grupo social determinado^{6,7,8}.

Este estudio se propone explorar las prácticas de comunicación de malas noticias en distintos servicios hospitalarios de la región Metropolitana de Chile. Se intenta describir las estrategias empleadas e identificar dificultades personales y organizacionales con el objeto de contribuir a la formación médica y a la elaboración de políticas de salud.

Material y método

Se realizó un estudio cualitativo consistente con nuestro objetivo de observar el fenómeno de interés de manera natural y desde la perspectiva de los informantes. Se realizaron tres grupos focales abordando las siguientes temáticas: frecuencia de la comunicación de malas noticias y tipo de noticias; estrategias de comunicación y dificultades; y mecanismos de autocuidado de los profesionales. En todas las ocasiones participaron los mismos investigadores.

Muestra

La muestra estuvo compuesta por 33 médicos de dos hospitales públicos del sector oriente de Santiago. Del total de médicos, 13 trabajan en un Servicio de Medicina Interna (Grupo focal 1 o GF1), 10 en Servicios de cirugía, urgencia y unidad de cuidados paliativos (Grupo focal 2 o GF2), y 10 en un servicio de maternidad (Grupo focal 3 o GF3). En todos los grupos participaron hombres y mujeres.

Resultados

Los resultados se presentan según las temáticas exploradas y utilizando las palabras de los médicos consultados con el objeto de ilustrar con el menor grado de distorsión posible sus percepciones.

Frecuencia y Tipo de noticias

Los diferentes grupos de médicos concuerdan en que la comunicación de malas noticias es una práctica habitual en su quehacer profesional.

Es posible distinguir los siguientes tipos de malas noticias: eventos inesperados (trauma), complicaciones en enfermedades benignas, enfermedades de curso crónico o invalidantes y enfermedades terminales.

Si bien la muerte constituye el escenario más complejo y doloroso, son especialmente complicados los casos donde ésta no es predecible o se generan situaciones inesperadas. *"En patologías benignas se producen malas noticias y son peores, son más mal aceptadas"* (GF1).

También se distinguen tipos de malas noticias según la relación con el paciente. Mientras para algunos es más fácil dar una mala noticia a un paciente con quien se ha establecido una relación de confianza, para otros esta situación genera mayor presión y frustración. Es más fácil *"cuando el paciente*

no es mío me siento como un emisario, es más mecánico, no me involucre emocionalmente" (GF1).

Quien comunica una mala noticia

Existe acuerdo en que idealmente es el médico tratante debe comunicar una mala noticia. Sin embargo, esto no ocurre siempre. *"Es problemático que distintos profesionales informen al paciente porque pueden haber contradicciones"*. (GF3).

A quien se comunica una mala noticia

Para algunos informar al paciente es un deber ético, para otros la experiencia muestra que es preferible informar primero a la familia. *"Estamos pasando desde el paternalismo al ejercicio de la autonomía del paciente"*. (GF2).

La presión familiar constituye una dificultad, especialmente cuando se solicita al médico ocultar información. *"Estamos en una encrucijada, es un derecho del paciente pero la familia pide no decirle"* (GF1).

Como se comunica una mala noticia

No se describe un procedimiento acordado de la manera de comunicar malas noticias. *"Cada uno ha desarrollado sus propias estrategias de acuerdo a su experiencia y la de los demás"* (GF1).

Se distinguen las siguientes estrategias:

- Dar la noticia de a poco.

Preparar al paciente yendo desde el contexto general de la patología hasta su situación particular. *"Primero se aborda el contexto del problema, se dan estadísticas"* (GF3).

Para algunos informar paulatinamente significa ser cuidadosos en el lenguaje. *"Jamás usar la palabra directa, usted tiene un cáncer."* (GF2).

- Dar la noticia de manera directa.

Para otros es preferible dar la noticia directamente y usar un lenguaje claro evitando malos entendidos. *".....mejor decir directamente, decir de a poquito es para no producir dolor al otro y también a uno"* (GF3). *"Eso de distraer, postergar no es una conducta médica"* (GF2).

- Peores escenarios.

Esta estrategia consiste en ofrecer al paciente el peor escenario posible de modo que cualquier información posterior sea mejor o esperable. *"...anticiparse a lo malo para que no hayan sorpresas"* (GF1).

- Informar lo que se pregunta.

Algunos informan al paciente sólo lo que pregunta respetando su derecho a no ser informado. *"Si el paciente no quiere saber, qué derecho tengo yo a obligarlo"* (GF1).

Facilitadores de la comunicación

Tres aspectos son destacados:

- Toma de decisiones compartidas.

"Involucrar a los pacientes y familiares en las decisiones que se toman" (GF1).

- Siempre hay algo que hacer.

"Para el paciente y la familia ese "no hay nada más que hacer" es lo más dramático" (GF2).

- Empatía, Confianza y contacto permanente.
"La empatía es lo que nos ayuda" (GF1). *"Vivir con el paciente la dinámica de lo que está ocurriendo"* (GF2).

Barreras en la comunicación

Tiempo: *"Uno quisiera un mayor acercamiento con el paciente, pero uno tiene poco tiempo..."* (GF2).

Lugar: *"No hay un lugar adecuado, uno tiene que dar la mala noticia en el pasillo o en la cama."* (GF2).

Lenguaje: *"Muchas veces no les explicamos bien las cosas y está el sesgo de que entiendan cosas diferentes porque les conviene"* (GF3).

Expectativas de los pacientes: *"Las expectativas que tiene el paciente por los medios de comunicación son muy distintas a las expectativas que uno tiene"* (GF1).

Nivel cultural y creencias religiosas: *"A las personas que tienen un nivel sociocultural muy bajo es más difícil hacerles entender"* (GF2). *Por otra parte "los grupos de personas que son muy religiosas es muy fácil, están muy bien preparados"* (GF2).

Condiciones del sistema: *"Me angustia porque es frustrante decir: sabe, hay cosas que hacer por usted pero no se las vamos a dar y que pueda que se muera en la casa esperando"* (GF1).

También son percibidos como obstáculos los siguientes:

- Reacción de los pacientes.

La agresividad de los pacientes y su deseo de buscar culpables es un aspecto difícil de manejar. *"La gente está con una actitud agresiva. Cuántas veces no ha llegado un paciente o familia diciendo que "el doctor" lo enfermó"* (GF1).

La desconfianza en los profesionales y el sistema agrava la situación. *"Dudan de que el médico les haya hecho lo que correspondía"* (GF2).

La actitud defensiva de negación del paciente aparece como particularmente difícil de enfrentar. *"Lo peor es después, están en shock, existe una resistencia a aceptar la realidad"* (GF3).

- Relación con los familiares.

Se describen diferentes estrategias que van desde escuchar e informar *"a cada uno de los integrantes de la familia"* hasta identificar a *"un líder o aliado"* y entenderse sólo con él. Se distinguen familias que idealizan al médico y dicen *"confío plenamente en usted"* (GF1), familias desentendidas en las cuales tal idealización sería *"para deshacerse de su responsabilidad en el cuidado del enfermo"* (GF1) y familias agresivas que *"amenazan...y uno dice demándeme, haga lo que quiera"* (GF1).

Sin embargo, todos coinciden en que *"el contacto diario con la familia es central. Todos los días informar, aunque no haya nada que informar. Muestra preocupación, que uno no tiene miedo, da confianza"* (GF1).

- Vivencias de los profesionales.

"Además está lo que a uno le pasa con el paciente, uno se involucra" (GF1).

Frustración. *"Uno tiene expectativas y se frustra porque también es una mala noticia para uno"* (GF1). *"No sólo se le dan al paciente sino que al jefe de sala, enfermera... nos manejamos en un ambiente de alta frustración"* (GF1).

Resistencia. *"Igual que a todos los seres humanos, no nos gusta dar malas noticias... existe una actitud de defensa"* (GF2).

Temor. *"Da susto que crean que fue por negligencia"* (GF3). *"El médico tiene susto, ansiedad de qué me pasa a mí si yo doy esta noticia"* (GF2).

Autoayuda de los profesionales

Son escasas las respuestas en relación al auto-cuidado del médico. Sin embargo la cohesión del equipo profesional es central para algunos. *"Hacemos una catarsis enorme juntos, yo creo que es una vía de escape a la preocupación y al esfuerzo"* (GF1).

Formación

Médicos jóvenes señalan las ventajas de haber adquirido ciertas nociones en su formación pero la mayoría indica falencias por no haberla recibido.

"Uno está permanentemente en esta necesidad de comunicar malas noticias y siempre tiene la sensación de que está mal preparado" (GF2).

Discusión

Según los resultados obtenidos, la comunicación de malas noticias es una práctica frecuente para la cual no se ha recibido formación y que genera preocupación en los distintos servicios hospitalarios.

Se distinguen tipos de malas noticias de acuerdo la situación a informar y la relación con el paciente y familiares. Las situaciones inesperadas son percibidas como especialmente difíciles de enfrentar. Respecto al tipo de relación con el paciente se observa que mientras para algunos un vínculo estrecho facilita este proceso comunicativo, para otros ello genera mayor presión y frustración.

El médico tratante es quien está en la mejor posición para comunicar una mala noticia. El desarrollo tecnológico y los cambios en la organización de la práctica médica han aumentado el número de profesionales en contacto con el paciente. De allí que la coordinación y definición de roles dentro del equipo de salud sea un desafío ineludible.

Si bien informar al paciente sobre su enfermedad es visto como un deber ético, en muchos casos es interferido por la presión familiar. Las reflexiones sobre los derechos del paciente y su autonomía así como los acuerdos respecto al cómo comunicar malas noticias deben incorporar el hecho de que no nos enfrentamos a un paciente aislado sino que a una sistema de relaciones interpersonales.

De acuerdo a este estudio no se dispone de un procedimiento acordado de la manera de cómo comunicar una mala noticia. Cada profesional ha debido desarrollar sus estrategias a partir de la experiencia y observación de los demás.

Otro aspecto es el qué y cuánto se debe informar al paciente. Para algunos la respuesta está en el paciente. Se informa lo que el paciente pregunta o quiere saber, respetando su derecho a no ser informado. Sin embargo, sólo puede ejercerse este derecho si se ha ofrecido tal información pues sabemos que los pacientes desean saber más de lo que preguntan (8). En este contexto la participación del paciente en la toma de decisiones aparece como un aspecto importante en el proceso comunicativo.

Las barreras comunicacionales percibidas por los médicos se asocian a:

- Características del paciente y familiares especialmente agresividad, desconfianza y negación, expectativas irrealistas y bajo nivel cultural.

- El contexto, sea la institución o el sistema de salud, obstaculiza del proceso comunicativo así como la falta de tiempo, lugar y recursos para ofrecer al paciente lo que necesita.

- La vivencia de los profesionales asociada a la frustración, sentimiento de responsabilidad y culpa al dar información adversa al paciente. Se describe resistencia a desempeñar este papel y una actitud defensiva ante el mismo.

De allí que se intente prevenir al paciente, informando sobre todo riesgo posible, se aluda al consentimiento informado y a la necesidad de protegerse, sin embargo, el sentido y fundamento ético del consentimiento informado es resguardar el bien del paciente.

Los médicos requieren de mecanismos de autoprotección, pero esto es difícil si escasamente se expresan las dificultades y experiencias emocionales en el trabajo diario. Trabajar en equipo y compartir experiencias alivia el trabajo cotidiano y constituye un mecanismo de autoprotección emocional. Este estudio sin haberse lo propuesto ofreció esta posibilidad y constató tal necesidad.

Esperamos que este estudio contribuya, ofreciendo bases contextualizadas a nuestra realidad, a enfocar más adecuada y oportunamente el tema de las malas noticias en la formación médica, así como avanzar en la elaboración de políticas de salud para los distintos servicios asistenciales según sus propios requerimientos y desafíos en el tema de entrega de malas noticias.

Agradecimientos

Les agradecemos a los médicos que participaron en este estudio su generosidad y honestidad para compartir con nosotros sus experiencias y preocupaciones.

Bibliografía

1. Ungar L, Alperin M, Amiel GE, Beharier Z, Reis S. Breaking bad news: structures training for family medicine residents. *Patient Educ and Couns* 2002; 48:63-68.
2. Bascuñán ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Rev. Méd. de Chile* 2005; 133:693-698.
3. Baile W, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale E y Kudelka P. SPIKES-a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5:302-311.
4. Buckman R. How to break bad news. A guide for health care professionals. Maryland, U.S.A: The Johns Hopkins University Press, 1992.
5. Brewin T. Relating to the Relatives. Breaking bad news, communication and support. New York: Radcliffe Medical Press, 1996.
6. Thomsen OO, Wulff HR, Martin A, Singer PA. What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients? *Lancet* 1993; 341: 473.
7. Seo M, Tamura K, Shijo H, Morioka E, Ikegame C, Hirasako K. Telling the diagnosis to cancer patients in Japan: attitude and perception of, physicians and nurses. *Palliat Med* 2000; 14:105-10.
8. Simón P. Consentimiento Informado. Serie de Documento Académicos N°2, División de Extensión Biomédica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1988.



alumni
navarrenses

Tarjeta de Miembro Visa Alumni Platinum

Mucho más que una Tarjeta de Miembro...

- Es una tarjeta de Miembro Alumni
- Es una tarjeta de crédito
- Es una tarjeta de débito
- Es una tarjeta solidaria
- Es una tarjeta de descuentos en gasolina
- Es un seguro de accidentes
- Es un seguro de asistencia en viajes

Además puedes conseguir...

- Plan de Pensiones Alumni Navarrenses
- Banca Personal exclusiva Alumni
- Banca a distancia

Y como siempre...

- Servicios & Beneficios Alumni

Pídela en el **948 425 608**, o en **www.unav.es/alumni**