

Comunicación de malas noticias.

“Algunos médicos te informan
pero no te comunican,
te oyen pero no te escuchan
y te atienden pero no te acompañan.”

*Albert Jovell
(Médico y paciente oncológico, Barcelona 1962)*

Autores: Andrea Artús, Verónica Beux*, Sandra Pérez**

Resumen

Las malas noticias forman parte de la práctica médica habitual, sin embargo no hemos sido preparados para darlas, lo que sin duda perjudica la comunicación con el paciente y la familia, tan importante siempre, pero mucho más cuando lo que vamos a decir cambiará las perspectivas de ese paciente en un futuro cercano. En este artículo enfocamos el tema desde diferentes ángulos y analizamos los 6 pasos que Buckman, recomienda para ayudarnos en esta difícil tarea.

Palabras claves: malas noticias, comunicación.

Abstract

While bad news is part of routine medical practice, we have not been trained to give it, which is without doubt detrimental to communication with patients and their families, which is always important, and far more so when what we are about to say is going to change a patient's outlook in the near future. In this paper we focus on the subject from different angles and we analyse the six steps recommended by Buckman to assist us in this difficult task.

Key words: bad news, communication.

Fecha de recibido: noviembre, 2011

Fecha de aceptado: marzo, 2012

Correspondencia: Andrea Artús | •andreaartus@hotmail.com

1. Introducción.

Son múltiples las interrogantes que pueden surgir al momento de informar a un paciente o al paciente y su familia que tiene una enfermedad maligna, una situación grave o una enfermedad terminal y la magnitud o el impacto que la noticia determina desde el punto de vista emocional. Si la persona se ha imaginado una buena expectativa de vida y no tiene una percepción real de la situación o esta percepción es menor, el impacto será mayor².

Buckman (1984) define una mala noticia como aquella “*que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro*”³.

El paciente puede no querer saber la verdad, puede aceptar la realidad y pedirnos que no informemos a la familia de la enfermedad que padece ¿qué debemos hacer en esos casos? ¿Debemos obligarlo a conocer la verdad? ¿Debemos ignorar su solicitud y hablar con la familia? Sin duda conociendo los derechos y obligaciones de nuestros pacientes, debemos actuar respetando los principios bioéticos que rigen la ética profesional médica.

En Uruguay, la Ley 18335 de agosto del 2008⁴ establece los Derechos y Obligaciones de los usuarios de los servicios de salud y destacamos los artículos que se refieren a la información a la que tiene derecho el

paciente y que son fundamentales para el tema que abordamos:

“Artículo 11.- Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud...”

Artículo 17.- “Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye, entre otros, a:

A) Ser respetado en todas las instancias del proceso de asistencia, en especial recibir un trato cortés y amable, ser conocido por su nombre, recibir una explicación de su situación clara y en tiempo....”

Artículo 18.- “Todo paciente tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad. Esto comprende el derecho a: A) Conocer la probable evolución de la enfermedad de acuerdo a los resultados obtenidos en situaciones comparables en la institución prestadora del servicio de salud. B) Conocer en forma clara y periódica la evolución de su enfermedad que deberá ser hecha por escrito si así lo solicita el paciente; así como el derecho a ser informado de otros recursos de acción médica no disponibles en la institución pública o privada donde se realiza la atención de salud.

En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente con consentimiento de los familiares se podrá establecer restricciones al derecho de conocer el curso de la enfermedad o cuando el paciente lo haya expresado previamente (derecho a no saber). Este derecho a no saber puede ser relevado cuando, a juicio del médico, la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad.... E) Que los familiares u otras personas que acompañen al paciente -ante requerimiento expreso de los mismos- conozcan la situación de salud del enfermo y siempre que no medie la negativa expresa de éste”

Algunos autores destacan la importancia que tiene la información honesta y clara al paciente, porque sin ella no tiene la capacidad de tomar decisiones, pierde la autonomía que es un principio bioético fundamental. “*En algún momento a lo largo del proceso, los pacientes se enteran de lo que les ocurre y hablar de ello les permite compartir el sufrimiento y aliviarlo*”²

Informar y comunicar: aspectos diferentes del mismo proceso.

La información requiere de la comunicación que es una herramienta fundamental e imprescindible en la relación médico paciente (RPM)⁵.

*Médicos, Alumnas de la Maestría en Medicina Familiar y Comunitaria- UM

Comunicar es intercambiar mensajes entre individuos, donde se articulan múltiples elementos. No solo se pone en juego la palabra, sino también la comunicación no verbal que incluye la mirada, la expresión, la postura, los gestos entre otras cosas. Todas estas características de la comunicación pueden determinar la eficacia del mensaje que se quiere transmitir⁶. Este mensaje debe ser claro, sencillo, breve, con palabras simples no coloquiales y orientado a un objetivo bien definido que el paciente y / o la familia comprendan lo que quiero transmitir. El receptor, es aquella persona a quien va dirigida la comunicación, quien decodifica el mensaje, debe tener interés por el tema. Debe estar en un momento favorable y con una actitud positiva hacia el emisor ya que los problemas o acontecimientos personales, familiares o laborales pueden disminuir temporalmente la receptividad. Pero además el lugar en que se da la mala noticia no puede ser cualquier lugar, tiene que ser el adecuado y no haya interrupciones. Sabemos que esto no es fácil en la práctica médica habitual, pero debe ser tenido en cuenta. El que recibe una mala noticia, recordará quién, en qué lugar, en qué momento y en qué forma le fue comunicada. Más allá de lo que impacta emocionalmente el contenido, la forma en que se le dijo es un factor determinante para la adaptación del paciente y la familia a la nueva situación e influirá en la relación con ese médico en el futuro². El médi-

co que dará la noticia debe estar preparado no solo para brindar la información en forma adecuada, sino para apoyar emocionalmente al paciente y a la familia, por tanto debe tener tiempo y no estar a las corridas.

En muchos casos los familiares solicitan que se oculte la verdad al paciente. Si bien esto tiene la intención de proteger al enfermo bajo el supuesto de que “si no sabe no sufre”, también lo despoja del derecho a decidir qué hacer con su vida y su muerte. En estos casos, el paciente, de una u otra manera, sentirá que se le oculta algo y terminará perdiendo la confianza en el médico y en sus seres cercanos⁷.

La verdad forma parte del respeto que merece toda persona y ésta es la base de toda relación de confianza.

Una explicación de la falta de estas cualidades se puede encontrar en la asimetría cultural entre el médico y el paciente, pero a su vez, la falta de intercambio de información entre ambos, la falta de comprensión en el diagnóstico y la incompreensión del tratamiento indicado, ocasiona la falta de adherencia terapéutica por parte del paciente. Algunos aseguran que no tiene sentido informar a los pacientes si éstos no son capaces de comprender la compleja información médica necesaria para un discernimiento total de las alternativas de tratamiento ¿es esto correcto o debemos hacer nuestro mayor esfuerzo para

hacerle comprender a su manera, lo que implica el tratamiento?, sin duda esta parece ser en nuestra opinión, la mejor opción.

La comunicación de malas noticias es una práctica inherente al acto médico, una situación frecuente y una de las tareas más difíciles a las que estamos expuestos porque el hecho de no estar preparados para ello puede comprometer las competencias humana y técnica que necesitamos para hacerlo adecuadamente

Pero comunicar se aprende y no hemos sido preparados para ello, lo que es fundamental conjuntamente con el mantenimiento de una adecuada relación médico paciente (RPM). En esta relación que se establece entre dos seres humanos, el médico intentará ayudar, acompañar al paciente durante el trascurso de la enfermedad y el enfermo se entregará al cuidado de éste. Para que esto suceda, la RPM debe ser adecuada, sino sería utópico hablar de esta manera.

La medicina paternalista⁸, ha dejado de ser tal, para dar lugar a nuevas formas de modelos de atención, poniéndose más énfasis en la opinión y la participación de paciente en la toma de decisiones.

En medicina familiar hablamos de relación médico paciente- familia, conformando un triángulo ubicándose al paciente en el vértice del mismo⁵.

El momento diacrónico permite al paciente y su familia, generar cierta confianza con el médico, que probablemente no se lograría si esta relación no se prolongara en el tiempo, pero además permite conocer las etapas que atraviesa la familia (ciclo vital familiar) y anticiparse a la aparición de problemas a lo largo de la vida (conducta anticipatoria preventiva)⁵.

El momento sincrónico, el de la consulta actual se ocupa de lo inmediato, y exige la resolución, sin separarse de lo diacrónico, a corto plazo. La suma de estos momentos forma parte de la historia de una RMP⁵.

¿Cómo abordar la comunicación de malas noticias?

Así como las malas noticias pueden ser de muchos tipos, es decir desde informar al paciente que tiene una enfermedad oncológica o una enfermedad crónica o que quedará con una secuela, la forma de abordarlas también lo es. Sin embargo Buckman describió una serie de pasos que ayudan en este proceso^{9,2}:

1. Preparar el entorno. Es fundamental la privacidad, dejar que el paciente si así lo desea se encuentre acompañado por familiares o amigos. Permitirles que se sienten. Escuchar sin interrumpir, sin mostrar apuro, darle tiempo. Mantener los teléfonos en silencio y pedir que no pasen llamadas. Es conveniente elegir el momento

en que sabemos que no nos interrumpirán, por ejemplo citarlo al final del día y dedicarle el tiempo que merece, pero fundamentalmente que necesita.

2. ¿Qué sabe el paciente? Antes de hablar, debemos saber qué es lo que percibe el paciente de su situación, que es lo que sabe, este debe ser necesariamente el punto de partida. Se pueden hacer preguntas como ¿qué cree que le está pasando? ¿sabe lo que significa el resultado de este estudio? ¿en algún momento pensó que esto podía ser algo serio? Puede suceder que aunque haya sido informado, el paciente haga una negación de la situación, que es un mecanismo de defensa o lo que en realidad quiere es comparar lo que se le va a decir ahora con lo que se le dijo previamente. Es fundamental estar atento al lenguaje utilizado por el paciente, podemos estar ante alguien que nos dice “tengo algo en el pulmón” o frente a alguien que dice “tengo cáncer de pulmón”. También es muy importante estar atento al lenguaje no verbal, observar que hace con las manos, o los gestos, buscando entender lo que en realidad siente.

3. ¿Qué quiere saber? Debemos intentar deducir hasta donde quiere saber y no poner delante lo que nosotros pensamos que debe saber. En ese

momento para él puede ser prioritario el tratamiento y debemos respetar sus tiempos. Puede suceder también que nos demos cuenta que no quiere saber y debemos dejar la puerta abierta para que cuando lo desee venga a hablar con nosotros, por ejemplo diciéndole “ahora no quiere hablar de este tema, está bien. Le doy el teléfono o me avisa cuando lo desee y conversamos “Los deseos de información van cambiando habitualmente a lo largo del tiempo.

4. Compartir la información. No es fácil para el médico, pero tampoco lo es para el paciente. No puede darse toda la información junta, sino hacerlo de a poco para que el paciente pueda procesarlo. De pronto en ese momento quiere saber más del tratamiento que de la enfermedad en si misma o quizá quiere saber todo. Pero a su vez, es fundamental asegurarnos que va entendiendo lo que le estamos diciendo, para ello es bueno parar, darle unos minutos y pedirle que nos explique con sus palabras lo que ha entendido, para así poder seguir.

5. Responder a los sentimientos y reacciones del paciente. En este punto se hace referencia a la empatía, a ponerse en el lugar del otro. Si no estamos dispuestos a apoyar al paciente, no debemos darle una mala noticia. Aquí el lenguaje no verbal es muy

importante y pequeños gestos del médico, le dan seguridad al paciente como poner una mano sobre su brazo. Si se percibe que siente miedo, hay que preguntarle ¿a qué teme?, podemos responder las preguntas que aparezcan o respetar su silencio.

6. Estrategia de cuidados y Seguimiento. Luego de comunicar una mala noticia y valorar la reacción del paciente, debemos hablar de tratamiento, de las opciones y si las condiciones lo permiten, que pueda decidir. Por otro lado es fundamental que

sepa que el médico estará cuando lo necesite, como apoyo, cuando sienta temor o tenga preocupaciones o para el alivio de síntomas. Incluso el darle el teléfono, hará disminuir la ansiedad y generará más confianza.

Conclusiones

Las malas noticias son parte de nuestra práctica médica, sin embargo no hemos sido preparados para darlas y por ello las estrategias recomendadas por algunos autores como Buckman, nos ayudarán para poder hacerlo de la mejor manera.

Sin duda la frase de Albert Jovell, médico y paciente oncológico, con la que comenzamos este artículo, traduce lo que muchas veces sucede por no saber cómo afrontar ese momento, entonces no comunicamos, no escuchamos lo que tienen para decir, aún en silencio y más aún, no acompañamos. ■

Bibliografía

1. http://elpais.com/diario/2006/04/16/eps/1145168807_850215.html
2. SOBRINO LOPEZ A. Comunicación de malas noticias. Semin Fund Esp Reumatol 2008, 09 (2): 111-22. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/seminarios-fundacion-espa%C3%B1ola-reumatologia-274/comunicacion-malas-noticias-13120139-revisiones-2008> (Consultado febrero, 2012)
3. BUCKMAN R. Breaking bad news: Why is it still so difficult? Br Med J. 1984; 288: 1597-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/pdf/bmj-cred00502-0041.pdf>

4. LEY 18335 DERECHOS Y OBLIGACIONES DE PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD. Publicada D.O 26 ago./008 – N° 27554. Disponible en <http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18335&Anchor> (Revisado noviembre, 2011)
5. RUBISTEIN E, GIUIDICE C (h.). La comunicación de malas noticias. En: RUBISTEIN A (eds) Medicina Familiar y Práctica ambulatoria. 2006 (36): 293.
6. NOREÑA PEÑA AL, CIBANAL JUAN L, ALCARAZ MORENO N. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. Rev Esp Com Sal. 2010;1(2): 113 -129 Disponible en : http://www.aecs.es/1_2_interaccion%20comunicativa.pdf (Revisado enero, 2012)
7. BASCUÑAN ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. Revista Médica de Chile 2005; 133: 693-698. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n6/art12.pdf> (Revisado febrero, 2011)
8. BERRO ROVIRA G. La Relación Médico Paciente (RMP) y su actual encuadre legal. Biomedicina 2009, 2: 16-23 Disponible en : http://www.um.edu.uy/docs/revistabiomedicina_nov_dic%202009/bio.pdf (Revisado noviembre, 2011)
9. BUCKMAN R. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. Commun Oncol 2005; 2: 138-142 Disponible en: <http://jco.imng.com/co/journal/articles/0202138.pdf>