



Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.

COMO DAR MALAS NOTICIAS

TESINA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN

TANATOLOGÍA

PRESENTA:

KARLA CASTILLO PEÑA



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia

México, D.F. a 20 de Septiembre de 2013.

**DR. FELIPE MARTÍNEZ ARRONTE
PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN
MEXICANA DE TANATOLOGÍA, A.C.
PRESENTE.**

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presentó:

- **Karla Castillo Peña.**

Integrante de la Generación 2012-2013

El nombre de la Tesina es:

COMO DAR MALAS NOTICIAS

Atentamente

***Profa. Silvia Guadalupe Retana González
Directora de Tesina***

Dedicatoria

A la vida, este gran regalo.

A mis padres por darme la vida, gracias a ellos hoy estoy aquí.

A mis hermanos y amigos compañeros del viaje.

Índice

Justificación.....	3
Objetivos.....	4
Alcance.....	5
Introducción.....	6
¿Qué es una mala noticia?.....	7
¿Por qué es tan difícil dar malas noticias?.....	8
¿Por qué hay que aprender a dar malas noticias?.....	10
¿Hasta dónde hay que dar la información?.....	11
¿Cómo hacerlo?.....	13
¿Cómo comunicar malas noticias? Un modelo Buckman de seis pasos.....	14
Modelo ABCDE	19
Modelo EPICEE.....	20
Conclusión.....	24
Bibliografía.....	25

Justificación

Dentro de la enseñanza, en los estudiantes de Medicina se hace más énfasis en los promedios y calificaciones, área científica, que a la relación médico-paciente en los aspectos como el tacto, sensibilidad, capacidad perceptiva ya que a la hora de enfrentarse con el sufrimiento del paciente hay incomodidad y dificultad para ser sensibles a las necesidades del paciente en este momento de su vida.

Comunicar malas noticias es, probablemente, una de las tareas más difíciles que deben enfrentar los profesionales de la salud y con bastante frecuencia es motivo de queja de que el paciente se sienta maltratado, ya que a la hora de dar malas noticias no tenemos desarrolladas las habilidades necesarias de empatía, debido a que la formación profesional en la facultad de medicina se encuentra centrada en los conocimientos del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sin embargo, no existe la preparación para el abordaje de cómo dar malas noticias. En este trabajo se describe como dar malas noticias a partir de 6 pasos a seguir planteados por Buckman y colaboradores.

Objetivos

Conocer como dar una mala noticia en 6 pasos.

Mejorar la comunicación con el paciente y sus familiares al dar una mala noticia.

Alcance

Considerando que en la facultad de medicina no se encuentra incluido en el plan de estudios como abordar al paciente y su familia al dar una mala noticia, y que la mayoría del personal de salud aprende durante su desarrollo profesional con el paso de los años, con este trabajo pretendo dar a conocer a los médicos los pasos a seguir para transmitir una mala noticia en forma adecuada generando una mejor relación médico-paciente en la práctica diaria. Ya que en ocasiones por ejemplo somos fríos, crueles o usamos tecnicismos innecesarios e incomprensibles para el paciente, no escuchamos lo que realmente quiere saber el paciente, su lenguaje no verbal, etcétera.

Introducción

En la práctica médica diaria, una de las tareas más difíciles de enfrentar es dar malas noticias, podemos definir una mala noticia a aquella que drásticamente y negativamente altera la perspectiva del paciente en relación con su futuro, consiste en informar de una enfermedad crónica por ejemplo diabetes mellitus; enfermedades incapacitantes, degenerativas y progresivas por ejemplo enfermedad de Alzheimer o de Parkinson o tumores cerebrales; y enfermedades que no tengan curación como el cáncer terminal. En los profesionales de la salud existe resistencia a dar malas noticias porque generan estrés, intensas emociones, sensaciones de responsabilidad por la noticia a dar y temor a una evaluación negativa. A la hora de dar malas noticias más allá de lo que impacta emocionalmente el contenido, hay que tomar en cuenta el lugar, la forma en que se da la noticia siendo esto un factor determinante para la adaptación del paciente y la familia a la nueva situación e influye en la relación con el médico en el futuro. Los receptores de malas noticias difícilmente olvidan dónde, cuándo y cómo les fue comunicada la mala noticia. Sin embargo, en México esta formación sobre “cómo dar las malas noticias” no existe en el plan de estudios de la carrera de médico. Cada profesional ha desarrollado sus estrategias a partir de la experiencia. Se requiere adquirir habilidades para desarrollar una comunicación eficiente de malas noticias. Existen 6 pasos que Buckman recomienda para ayudarnos en esta difícil tarea.

¿Qué es una mala noticia?

La comunicación, junto con el control de los síntomas y el apoyo emocional son los instrumentos básicos que se utilizan en el desarrollo diario de la profesión médica. Ser poco hábiles a la hora de dar malas noticias puede generar un sufrimiento añadido innecesario en la persona que recibe la noticia y un deterioro en la relación médico-paciente. En muchas ocasiones, a la hora de abordar estas situaciones, el profesional de la salud suele tener miedos e inquietudes pues, durante su etapa de estudios en la facultad ha recibido una formación basada en el binomio salud-enfermedad desde una enfermedad totalmente biológica desatendiéndose; por tanto, las habilidades de comunicación.

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 a transmitir. Este mensaje debe ser claro, sencillo, breve, con palabras simples y orientadas a un objetivo bien definido que en este caso el paciente y/o familia comprendan lo que el médico quiere 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.

Según Buckman una mala noticia es aquella que afecta drásticamente y negativamente la perspectiva de la vida del paciente en relación al futuro. Otra definición más completa es la de Ptacek que las define como toda comunicación relacionada con el proceso de atención médica que conlleva la percepción de amenaza física o mental y el riesgo de ver sobrepasadas las propias capacidades en función del estilo de vida establecido, existiendo objetiva o subjetivamente pocas posibilidades de afrontamiento negativos de reciente suceso. Lo “malo” de una noticia de enfermedad, los valores y las creencias, entre otras cosas, de los pacientes, por ejemplo a un paciente que se le diagnostica diabetes

mellitus y ha tenido la experiencia previa con algún familiar o conocido cuya evolución haya sido complicada, e incluso le haya ocasionado la muerte, la noticia tendrá mayor impacto en el paciente.

¿Por qué es tan difícil dar malas noticias?

Dar malas noticias es una tarea desagradable, genera estrés, ningún médico quiere quitarle la esperanza al paciente. Por otro lado muchos temen la reacción del paciente o la de los familiares o la dificultad para resolver una respuesta emocional determinada. Así mismo interviene el enfoque médico, de ser curativos, cuando tenemos que enfrentarnos al hecho de que no hay cura nos produce frustración y sentimiento de haber fallado al paciente

Actualmente la cultura occidental tiene como principio básico la juventud, la salud, la riqueza y el bienestar; aquellos que no los reúnan se encontrarán discriminados por ello, informar a una persona que padece una enfermedad implica en cierto modo, que su valor social está disminuyendo. Esta sensación es aún más dolorosa cuando la mala noticia implica la muerte.

Además es muy difícil estimar cual va a ser el impacto de una enfermedad en un paciente desde nuestro propio conocimiento de esa enfermedad. El impacto de una enfermedad sobre un paciente puede evaluarse solamente en el contexto de la propia vida del paciente. Muchos pacientes asumen con total naturalidad su diagnóstico el cual para el profesional de la salud podría resultar muy difícil de sobrellevar.

Existen varios factores propios del médico que interfieren en el momento de comunicar malas noticias, como son:

Miedo de causar dolor, las malas noticias causan dolor, los médicos fuimos educados para aliviar dolores y cuando los provocamos durante un procedimiento (sutura o cirugía) estamos habituados a aplicar anestésicos o analgésicos para aliviarlo, lamentablemente no existen anestésicos para aliviar el dolor que provocan las malas noticias.

Dolor empático: en nuestra práctica profesional solemos sentirnos incómodos frente al momento de comunicar una mala noticia y no advertimos que nuestra incomodidad es debido al estrés y el dolor que experimenta el paciente.

Miedo a ser culpado (culpar al mensajero) en general las personas encuentran difícil afrontar las malas noticias cuando llegan y tienden a personalizarlas sobre otras personas (culpar al médico), usualmente el mensajero y descargan su ira y enojo con esa persona.

Miedo a la falla terapéutica: en los últimos años los avances en las técnicas de diagnósticos y tratamiento han creado la ilusión de que existe una pastilla para todos los males, “que todo se cura” y así de algún modo se niega la posibilidad de muerte, por ello la falla terapéutica se vive como un fracaso.

Miedo legal (judicialización del problema): no se puede negar el aumento de las demandas en los últimos años. La judicialización del problema contribuye a generar en la sociedad el sentimiento de que todo ser humano tiene derecho a ser curado y que cualquier falla se debe a algún error (ya sea humano o del sistema) que debe tener castigo penal y civil.

Miedo a lo desconocido: hemos sido instruidos para seguir procedimientos convencionales, existen guías de tratamiento para coma o diabetes, pero en general casi ningún profesional de la salud ha recibido instrucción formal de cómo abordar el problema de comunicar malas noticias, desarrollar las habilidades necesarias.

Miedo de decir “no sé”: no estamos educados para decir “no sé”, creemos que nos desvalorizamos si debemos afirmar esto.

Miedo de expresar emociones: los profesionales de la salud, (particularmente los médicos) tienen la dificultad para expresar sentimientos. Esto es porque estamos entrenados para permanecer en calma para poder pensar en forma clara y lógica. Así cualquier reacción como enojo, depresión o angustia se consideran actos no profesionales que debilitan nuestra “imagen” frente al paciente o familiar.

Miedo de la propia muerte. Es difícil estimar cual es el grado de miedo que un individuo tiene frente a su propia muerte. La mayoría de los profesionales de la salud tienen algún grado de temor frente a la enfermedad y a la muerte y esto podría agravarse si el paciente se percibe como un similar del profesional mismo.

¿Por qué hay que aprender a dar malas noticias?

La forma en que se dan malas noticias influye significativamente en la percepción que tiene el paciente de su enfermedad, en la relación médico-paciente a largo plazo y en la satisfacción en ambos casos paciente y médico. Algunos autores han demostrado que los pacientes muestran más sentimientos de angustia ante los médicos que les dieron las malas noticias de forma a su entender inapropiada. Tanto los residentes como los médicos en ejercicio han demostrado tener una falta de confianza y destreza a la hora de dar malas noticias, uno de los mayores motivos que refieren los médicos para justificar la falta de habilidad y confianza a la hora de dar malas noticias consiste en el hecho de no haber recibido ninguna formación específica sobre cómo comunicar eficazmente las malas noticias. En nuestro medio, la mayoría de los médicos aprenden a dar malas noticias por su cuenta, por el método de ensayo y error y quizás viendo actuar a otros médicos, el problema es que es frecuente encontrarse con formas de actuar realmente negativas (lenguaje frío, uso de términos médicos, en los pasillos, sin responder preguntas), y por ello si confiamos exclusivamente en la experiencia personal y en lo que hemos visto hacer, en vez de afrontar esta tarea con eficacia, podemos adoptar modos de actuar que no satisfacen las necesidades de los pacientes. Al dar las malas noticias correctamente el profesional de la salud se siente más satisfecho, el paciente se siente más comprendido, aumentando su satisfacción.

¿Qué es lo importante para los pacientes?

Lo que más le importa al paciente cuando recibe malas noticias es que el médico sea competente, honesto y atento con él, que permita que se le

hagan las preguntas necesarias, que proporcione un diagnóstico concreto y que pueda entender y que utilice un lenguaje transparente. El conocer bien al médico o el uso de contacto físico (por ejemplo coger la mano al paciente), son menos valoradas.

¿Qué es lo importante para los familiares?

Los padres, la pareja, los hijos... o cualquier otro allegado si es el caso, seguramente van a ser el principal soporte emocional y físico del paciente, por lo tanto debemos concederles el protagonismo que ese papel de cuidador principal les confiere, e intentar establecer una alianza terapéutica con ellos en lugar de verlos como una barrera para la comunicación con el paciente. La familia, así como el paciente, van pasando por diferentes fases. Después del primer impacto emocional la familia va a expresar sus propias necesidades, sus miedos e inseguridades respecto a la evolución del paciente, a sus cuidados, etc. Si recogemos estos miedos de la familia y los aliviamos, si explicamos la evolución más probable, las posibilidades de tratamiento, etc., en definitiva si estamos apoyando a la familia estamos apoyando indirectamente a los pacientes.

Aparte de la actitud de colaboración y de apoyo, los familiares dan más importancia a la privacidad, la competencia y la claridad del médico y también al tiempo que dedican a responder sus preguntas, por lo que es importante atender estas necesidades.

¿Hasta dónde hay que dar la información?

Es importante considerar que no todos los pacientes quieren saber, no todos los pacientes quieren saberlo todo. Cuando damos una mala noticia hemos de desarrollar un proceso de acompañamiento, servirnos de insinuaciones, silencios y verdades indirectas que minimicen el impacto para que el enfermo elabore sobre ese conocimiento su propia nueva realidad, de tal forma que la información recibida sea una verdad soportable.

Si bien existe un derecho a la información, también es cierto que existe el derecho a no ser informado, el exceso de cualquiera de las dos situaciones es peligroso. La medicina defensiva muchas veces lleva a una información exhaustiva que casi es crueldad, por ejemplo hablar de tasas estadísticas de supervivencia puede ser demoledor para el paciente que se encuentra en el segmento de mal pronóstico. Pero también es cierto que una información incompleta puede modificar el curso de los acontecimientos que el paciente habría llevado a cabo de saberlo todo, como arreglar las situaciones que tienen pendientes con familiares, aspectos legales, pendientes que no han sido resueltos. Un manejo inadecuado de la información puede propiciar incluso demandas legales.

¿Qué hacer entonces? Tal vez las dos normas básicas en las que debemos apoyarnos sean que siempre hay que responder a las preguntas formuladas y que el paciente debe saber todo aquello que es necesario para que participe en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas de su propia enfermedad.

Hasta hace pocos años la información que se emitía se regía por el principio de beneficencia o paternalismo, esto es, el médico decidía que debía conocer el paciente en función de su propio criterio. Se podía así ocultar el estado real de su enfermedad, los riesgos que corría o el pronóstico que le correspondía. En la actualidad la información se rige por el principio de la autonomía, esto es, el paciente decide acerca de todo lo que se refiere a su enfermedad, debiendo dejar constancia de su conocimiento y aceptación en el caso de pruebas o tratamientos con riesgos en el documento de consentimiento informado que ya existen por norma en todas las instituciones de salud.

Al abordar al paciente es preciso conocer qué idea previa tiene acerca de su enfermedad, que más quiere saber y cuáles son sus preocupaciones y expectativas. La información no será igual en todos los casos y deberá centrarse en las inquietudes del paciente más que en la meticulosidad científica.

¿Cómo hacerlo?

Antes de dar una mala noticia hay que tomar en cuenta y cumplir 4 condiciones:

1. Poseer una evaluación cierta y completa de la gravedad y pronóstico de la enfermedad. No puede haber dudas o confusiones.
2. Considerar los elementos propios de la idiosincrasia de cada paciente, como su personalidad, situación laboral y estado económico. Las creencias religiosas son un apoyo psicológico importante por lo que es primordial conocer el grado de implicación del paciente con su fe.
3. Diseñar de antemano las posibles relaciones con los familiares; a menudo se requiere informar a cada uno de los integrantes de la familia que van acudiendo en goteo en diferentes horas y días, lo que puede generar interpretaciones de forma diferente entre ellos y crear confusión, se debe intentar identificar a un líder o aliado y entenderse con él.

Hay familias que idealizan al médico y confían plenamente en él, familias desentendidas que intentan deshacerse de su responsabilidad en el cuidado del enfermo y familias agresivas que amenazan “si las cosas van mal”. La negación del problema y las expectativas favorables irrealistas son un obstáculo mayor. Hay que promover la esperanza, pero no mentir. Además está la familia indiscreta, que ante la frase “tiene usted un tumor” preguntan en ese mismo instante y delante del paciente si es malo, si está extendido, si le puede matar. Aquí es donde hay que recordar el derecho a no ser informado, no todos los pacientes quieren saber lo que tienen, o al menos no de forma directa y total, prefiriendo un conocimiento gradual. A estos pacientes los podemos identificar porque son los que permanecen callados y doloridos mientras sus familiares preguntan, entonces siempre se les debe recordar que de momento responderemos a las preguntas del paciente, que es el interesado, y que en otro momento, si lo desean después de la

consulta hablaremos con ellos. En el otro extremo se encuentra la familia que ruega al médico que se le oculte al paciente su diagnóstico, que se le mienta francamente, para que no sufra, basándose en el derecho a ser informado, habremos de indagar cuales son los motivos que refieren los familiares y de ser posible proponer una reunión con la familia y paciente, evitando que se oculte información. Si el paciente lo pide abiertamente hay que informarle.

4. Valorar la relación médico-paciente planteada, en la que entra en juego el grado de confianza mutuo, las experiencias previas y la participación de otros profesionales. Aparentemente un vínculo estrecho médico-enfermo facilita el proceso comunicativo, pero en algunos casos aumenta la tensión emocional y la frustración del médico que no puede evitar el mal de su paciente. Por otro lado el desarrollo tecnológico y los cambios en la organización de la práctica médica han aumentado el número de profesionales implicados en la enfermedad, puede ser que se transmita una misma información desde diferentes fuentes -el dermatólogo, el cirujano, el radiólogo- por lo que la coordinación y definición de roles en un equipo a la hora de transmitir malas noticias es ideal.

¿Cómo comunicar malas noticias? Un modelo de seis pasos.

El protocolo de seis pasos descrito por Buckman y colaboradores, se trata de un modelo práctico y dinámico que se ha desarrollado para aplicar en el día a día. Su aplicación no insume mucho tiempo. A medida que el profesional va tomando experiencia aprenderá cuales son los pasos que no deberá evitar y cuales podría omitir.

Etapas 1: Preparándonos para empezar. En la práctica clínica es frecuente que antes de iniciar la consulta estemos pensando en el paciente anterior, en la larga lista de actividades que nos espera, en algún llamado telefónico u otros problemas de índole profesional. La alternativa es prepararnos a nosotros mismos para poder prestar la mayor atención

posible durante el encuentro, hay que asegurarse de no ser interrumpido (telefonía celular).

¿Dónde?

Si es posible hay que llevar al paciente y/o familiares a un lugar privado, sino se cuenta con un lugar privado y se encuentra por ejemplo en una área de cuidados intensivos, cierre las cortinas o las puertas, lo que dará una sensación de privacidad. Evite dar información de pie y menos aún en los pasillos, ya que en estas circunstancias es posible que conversaciones cruciales sean interrumpidas por el carro de la comida o la limpieza o por cualquier individuo que casualmente pasa por allí. La posición debe ser cómoda y próxima al paciente. Sin prisas.

¿Quién debe participar?

Si en el ambiente hay una o más personas con el paciente pregunte gentilmente quien o quienes son y cuál es el parentesco o relación. Una forma sencilla es preguntar ¿cómo está compuesto el grupo familiar? Si la o las personas que están allí no muestran intenciones de retirarse espontáneamente, pregunte al paciente si quiere que siga la entrevista con todos los presentes.

Entrando en acción.

Sea cortés y amable. Demuestre interés y respeto, la conducta del médico, su comportamiento profesional, es vital para permitirle al paciente sentirse bienvenido, valorado, respetado. Salude adecuadamente.

Etapas 2: Descubriendo qué sabe el paciente

Este paso está orientado a obtener una impresión de cuánto sabe el paciente de su problema, fundamentalmente cuan grave considera que está y de qué modo ve afectado su futuro.

Preste mucha atención a tres aspectos centrales de su situación:

1. Al grado de comprensión de su situación médica: ¿Qué distancia existe entre la realidad médica y el conocimiento del paciente? En

muchas oportunidades los pacientes refieren no haber entendido nada o no saber nada a pesar de que estamos seguros de que alguien hablo con ellos sobre el tema con anterioridad. Acepte está conducta como un mecanismo de negación o incluso como un mecanismo de reaseguro del paciente para comparar información que recibió de otras fuentes.

2. A las características culturales del paciente: en esta etapa preste atención al vocabulario que utiliza. Qué tipo de palabras emplea.
3. A los contenidos emocionales de sus palabras. Aquí debemos distinguir dos fuentes:
 - a) Verbal: es la que trata de evaluar la implicación emocional de sus palabras y trata de identificar de qué tipo de cosas el paciente no quiere hablar.
 - b) No verbal: es un proceso continuo que puede reafirmar o contradecir la comunicación verbal. Se entiende por ella a las posturas, las distancias, el contacto físico, los movimientos del cuerpo, la expresión facial, el comportamiento visual, la voz, el uso del tiempo, la presencia física. Decodificar señales es una actividad esencial para los médicos que desean entender los sentimientos de sus pacientes y un instrumento diagnóstico de gran valor.

Etapas 3: Reconociendo qué y cuánto quiere saber.

Se trata de definir a que nivel quiere saber qué es lo que está pasando. Podremos identificar con claridad que es prioritario para la óptica del paciente. Muchas veces existe discordancia entre lo que el médico quiere decir y lo que el paciente quiere saber. Preguntarle al paciente ¿qué quiere saber? es absolutamente inocuo y le da la oportunidad de ejercer su preferencia. Si el paciente expresa el deseo de no discutir la información, debemos dejar la puerta abierta para más tarde, darle tiempo para que procese la información.

Etapas 4: Compartiendo la información (alienando y educando)

Si el paciente nos indicó que su preferencia es saber toda la verdad de su enfermedad, procederemos de acuerdo a su voluntad. Si nos indicó que su

preferencia es no saber los detalles de su enfermedad, procedemos entonces a discutir la estrategia terapéutica y el plan que se ha de seguir, es importante utilizar el vocabulario del paciente. Se debe cuidar la comunicación no verbal (gestos, postura, miradas) la mirada ha de ser directa a los ojos, pero no fija que pueda amedrentar. La voz debe ser firme, tono medio, que no resulte autoritaria, ni tampoco temblorosa, hay que mostrar seguridad. Deben tenerse en cuenta dos reglas básicas: el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar cualquier propuesta de tratamiento ofrecida y tiene derecho a reaccionar y expresarse afectivamente de la manera que considere mejor, siempre dentro del marco de conductas socialmente aceptadas. Dé información en “porciones” pequeñas. La información médica es difícil de entender y digerir, en particular si se trata de malas noticias. Refuerce y clarifique la información impartida. Cheque frecuentemente el grado de comprensión. Pregunte: ¿me entendió? O mejor aún ¿me explique? Si le quedan dudas solicítele al paciente que le explique con sus propias palabras qué entendió. Utilice material gráfico o video si lo tiene a su disposición. Permita ser interrumpido. Los problemas o sensaciones profundas no emergen con facilidad.

Etapas 5: Respondiendo a las reacciones del paciente.

El éxito de nuestro trabajo depende en última instancia del modo en que el paciente reacciona y cómo nosotros respondemos a esas reacciones. Las reacciones pueden ser muy diversas. Debemos tener en cuenta tres puntos básicos:

1. ¿La reacción del paciente o familiar es “socialmente” aceptable? La sociedad es de algún modo un grupo de leyes y normas a través de las cuales un grupo de personas se identifica, se reconoce y contiene a sus miembros; por ejemplo: llorar es una reacción socialmente aceptada, pero correr descontroladamente por el hospital no es. Frente a una reacción no aceptable (romper las cosas, amenazar al personal) es imprescindible mantenerse en calma y decirle al paciente o al familiar lo más firmemente posible, que esa actitud es inaceptable. En general, si uno logra mantenerse en calma, la reacción pierde el impacto

inicial y suele auto limitarse. Si esto falla, será necesario pedir apoyo a colegas o incluso al personal de seguridad.

2. ¿La reacción es de adaptación para el paciente? La reacción está ayudando a aliviar o sobrellevar el problema (es parte de la solución) o no está ayudando a sobrellevar la situación (es un nuevo problema).
3. ¿Es modificable? Si la reacción está aumentando la ansiedad del paciente, ¿existe alguna intervención que puede ayudar?
Frente a este panorama existen tres puntos que tiene que quedar bien claros:
 - a) El paciente sabe que su reacción está empeorando el problema.
 - b) El paciente tiene interés en cambiar su actitud (motivación).
 - c) Existen instancias de negociación con el paciente para lograr el cambio.

Si la respuesta es no para los tres puntos, la solución es sencilla: la reacción no es modificable. Nada podrá hacer. En este caso simplemente apoye y acompañe al paciente.

En una situación ideal se debe contar con personal capacitado en el área de tanatología, para una intervención en crisis. La intervención en crisis es un proceso que busca influir activamente en el funcionamiento psíquico de una persona durante un proceso de desequilibrio para aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes y ayudar a reactivar las actividades afectadas por la crisis. La evaluación e intervención adecuadas son esenciales para garantizar la seguridad del paciente y de terceros, ayudarlo a enfrentar eficazmente el problema y empoderarlo para hacer frente a futuros acontecimientos vitales de manera eficaz.

Etapas 6: Planes a futuro seguimiento

En este punto de la entrevista, según el tipo de noticia, el paciente puede sentirse abatido y confundido. El paciente está frente a usted para poder aclarar la confusión y reorganizar sus cosas a futuro. La habilidad de

afrontar y dar una solución a este problema es lo que distingue a un profesional de un amigo bien intencionado.

Ahora se debe ofrecer una perspectiva positiva y una guía, demostrando que se encuentra apoyando al paciente. Para ello deben tenerse en cuenta los siguientes puntos:

- Acepte las opiniones y puntos de vista del paciente y sus familiares.
- Sensibilidad, para discutir temas conflictivos o vergonzantes con madurez dentro de un marco de máxima reserva.
- Reducción de incertidumbre: es uno de los mayores desafíos.
- Desarrolle explicaciones comprensibles que el paciente pueda recordar.
- Desarrolle un plan conjunto.
- Clarifique los pasos que se han de seguir.
- Establezca planes de contingencia: explique qué hacer cuando las cosas no se producen como estaban previstas. Esto un factor básico de seguridad en la práctica médica, así como un elemento que colabora en la consolidación de la relación médico-paciente.
- Haga un resumen final: resuma brevemente lo ocurrido durante la sesión y clarifique las dudas del plan que se ha de seguir.

Modelo ABCDE

También existe otro protocolo que es el ABCDE de Rabow y McPhec, basado en 5 puntos:

- A. Preparación del ambiente: además del espacio físico, también hace mención a prepararse emocional y mentalmente de cómo dar las malas noticias por parte del profesional.
- B. Conocer cuánto sabe y que quiere saber: es una fusión de los pasos 2 y 3 de Buckman.
- C. Comunicarse correctamente: recomienda llamar las cosas por sus nombres, por ejemplo cáncer o muerte y no usar eufemismos.

- D. Comprender la reacción del paciente: estar atento a las reacciones emocionales y darle apoyo emocional. Al final de este paso se llega al resumen.
- E. Estimular y valorar las emociones. Dar esperanzas realistas y hablar de las medidas que se van a tomar conjuntamente. Explorar que siente el paciente en ese momento y realizar una atención multidisciplinaria, (quitar el dolor, apoyo psicológico, tanatológico, etc.).

Modelo EPICEE

Baile et al, en el 2000, organizaron lo publicado desde 1985 y desarrollaron un protocolo de 6 pasos como guía para dar malas noticias al que denominaron SPIKES. Una traducción reciente al castellano lo ha dado a conocer en España con el acrónimo EPICEE, que corresponde a los 6 pasos en que se conceptualiza y desglosa el proceso de dar malas noticias. “E” de entorno, “P” de percepción del paciente, “I” de invitación, “C” de comunicar, “E” de empatía y “E” de estrategia.

EPICEE: Entorno

Las malas noticias deben darse en un lugar privado de forma que sólo estén presentes el paciente, sus familiares o personas más allegadas y los miembros del equipo asistencial necesarios. Lo mejor es que el médico este sentado, que establezca un buen contacto ocular con el paciente y que mantenga un contacto físico apropiado (por ejemplo, darle la mano, agarrarle el brazo o apoyar la mano en el hombro, etc.). Es muy importante disponer de tiempo suficiente para responder a sus preguntas. Las posibles interrupciones deben ser controladas de antemano (apagar el móvil), hablar con el personal que pudiera entrar a la sala sin previo aviso, asegurarse de que otros compañeros puedan encargarse de situaciones no previstas.

EPICEE: Percepción del paciente

Es necesario conocer qué es lo que sabe el paciente sobre su enfermedad, antes de proceder a dar las malas noticias. Nos podemos valer de preguntas como: “Hasta el momento, ¿qué le han dicho que tiene?” o “¿recuerda para que hicimos esta prueba?”. Si valoramos los conocimientos previos del paciente, tendremos la oportunidad de corregir cualquier información errónea que pudiera existir y además podremos adaptar las malas noticia al nivel de comprensión que tenga el paciente; es decir; podremos personalizar la información con lo que conseguiremos una mayor eficacia.

EPICEE: Invitación

Se trata de averiguar hasta donde quiere saber el paciente. No todo el mundo quiere conocer con detalle lo que le pasa cuando espera un diagnóstico realmente malo. Cada persona tiene su propio ritmo para recibir y aceptar la información. Incluso, muchos utilizan la negación como mecanismo de adaptación y no quieren saber. Por estas razones, los médicos han de pedir permiso para dar las malas noticias. El modelo EPICEE es bastante directo en este punto:

. ¿Es usted el tipo de persona a la que le gusta conocer todos los detalles o quiere que hablemos sólo de aspectos del tratamiento?

. Si la enfermedad fuese más grave de lo esperado en un principio, ¿Cómo le gustaría que manejásemos la información?/ ¿Qué le interesaría que le dijéramos?

Maguire y Faulkner hacen un abordaje más indirecto, quizás más “humano”, pero también más complicado de conceptualizar:

- Utilizan eufemismos como medida de acercamiento (transición): “me preocupa que pueda ser algo más que una úlcera”, “hemos encontrando unas pocas células raras”, “nos encontramos ante un tipo de tumor”, “las articulaciones están inflamadas”, “hemos encontrado unas alteraciones en el sistema nervioso”, etc.

- Estar muy atentos a la respuesta del paciente: a) si responde abiertamente con ¿Qué quiere decir, doctor? Probablemente nos está pidiendo más información; b) si por el contrario, nos dice “lo dejo en sus manos, doctor”, es más probable que no quiere saber más.

Los médicos tenemos que pedir permiso para dar malas noticias, esto puede ser especialmente importante para pacientes de culturas distintas a la nuestra en las que la autonomía del paciente es relativa y sus decisiones las tiene que tomar de acuerdo con otras personas. El médico puede decir: “quisiera informarle de los resultados de las pruebas, ¿está bien?” lo mejor es informar a los pacientes sobre los resultados que se pueden esperar antes de pedir las pruebas y así se prepara a los pacientes para recibir posibles malas noticias: “como ya sabe, le estamos haciendo una serie de pruebas. La verdad es que podemos encontrar cosas buenas y no tan buenas, aunque no lo sabremos hasta que nos lleguen los resultados”.

EPICEE: Conocimiento.

Los pacientes necesitan tener la información necesaria para tomar sus propias decisiones: para ello, los médicos tenemos que darles la información de forma que la puedan entender; es decir, haciendo un esfuerzo por transmitir la información al nivel de comprensión que tenga el paciente. Suele mejor decirle que el tumor se ha extendido a otros lugares del cuerpo que decir que se ha metastatizado. La información debe darse en pequeños trozos para facilitar su procesamiento por el paciente. Se puede comprobar si se ha comprendido preguntando de vez en cuando: “¿Me entiende?” “¿quiere que le aclare alguna cosa en particular?”. Deberíamos evitar la franqueza brusca y el optimismo engañoso. Cada vez son más los médicos que piensan que dar un periodo concreto de supervivencia no tiene ninguna utilidad.

EPICEE: Empatía

Más que una frase es una actitud que se a de dar en todos los pasos que estamos comentando. Para ello: - Explore las emociones del paciente. - Entienda estas emociones y transmítale dicha comprensión. El médico empático es capaz de reconocer la respuesta emocional de su paciente o

de su familia identificándola en primer lugar y luego, respondiendo adecuadamente. Puede decir por ejemplo: “entiendo que le disguste lo que le estoy diciendo”. También puede permanecer en silencio para permitir que el paciente procese la mala noticia y ventile sus emociones. En ocasiones ofrecer un pañuelo en silencio es una buena opción. Las emociones y las preocupaciones que afloran cuando se reciben malas noticias, se pueden identificar a través de los siguientes pasos:

. Paso 1: Identificar la emoción: “¿Qué sentimientos le provocan estas noticias?”

. Paso 2: Etiquetar la emoción: “Así que le asusta...”

. Paso 3: Legitimar/ comprensión/ normalizar: Es normal tener sentimientos de este “tipo...”

. Paso 4: Respeto: “Debe ser duro para usted...”

. Paso 5: Indagar más y más: “¿Hay algo más que le preocupe?”

. Paso 6: Apoyo: “Veamos qué podemos hacer...”

EPICEE: Estrategia

Después de recibir las malas noticias, los pacientes suelen experimentar sensación de soledad y de incertidumbre. Una forma de minimizar la angustia del paciente es:

. Resumir lo que se ha hablado

. Comprobar que es lo que ha comprendido.

. Formular un plan de trabajo y de seguimiento.

Si es posible se puede dejar material escrito que el paciente puede hojear tranquilamente con posteridad. Pero lo que hay que asegurar inexcusablemente es que el médico o el personal del equipo asistencial está accesible para manejar los síntomas, para responder a sus preguntas y para abordar otras necesidades que puedan seguir.

Conclusión

Como pudimos ver las malas noticias puede ser un sin número de eventos, desde un diagnósticos de una enfermedad grave, hasta un acontecimiento que modifique el futuro del paciente y esto es interpretado de acuerdo al contexto en que viva cada paciente.

El médico constantemente se enfrenta a dar malas noticias en su práctica profesional, la forma en que realiza esta difícil tarea repercute significativamente en el paciente y su familia y la relación médico-paciente. Por lo que es de vital importancia desarrollar habilidades que nos permitan ser más empáticos al dar malas noticias, lo que nos podría permitir encontrar una gratificación al ofrecer una presencia terapéutica eficaz en el momento de máxima necesidad del paciente.

Bibliografía

1. Guerra Tapia A, González Guerra E. Transmisión de malas noticias en la consulta. *Actas dermosifiliogr.* 2013; 104 (1): 1-3
2. Prados Castillejo JA, Quesada Jiménez F. Guía práctica sobre cómo dar malas noticias. *FMC.* 1998; 5(4): 238-50
3. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult?. *Br Med J.* 1984; 288: 1597-9.
4. Alves de Lima AE, ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? *REV ARGENT CARDIOL* 2003; 71:217-220.
5. Almanza Muñoz JJ, Holland JC. La comunicación de las malas noticias en la relación médico paciente. I. Guía clínica práctica basada en evidencia. *Rev Sanid Milit Méx.* 1999; 53(2): 160-164.
6. Ayarra M, Lizárraga S. Malas noticias y apoyo emocional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.* 2001;24 (supl.2): 55-63.*Rev Esp Com Sal.* 2010; 1(1): 39-49 49
7. Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., et al. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5(4): 302-11.
8. Ptacek, J.T., Eberhardt, T.L. Breaking bad news: a review of the literature. *JAMA.* 1996; 276: 496-502.
9. Bascuñán M.L, Roizblatt A, Roizblatt D: Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio *REV MED UNIV NAVARRA/VOL* 51, N° 2, 2007, 28-31
www.unav.es/revistamedicina/51_2/pdf/6-comunicacion.pdf.
10. Rodríguez Salvador JJ: La comunicación de las malas noticias www.imbiomed.com.mx/.../articulos.php?..

11. Carrillo Esper et al. Malas noticias en la UTI. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int 2007; 21(4):194-199
12. Maguire P, Faulkner A. Communicate with cancer patients: 1. Handling bad news and difficult questions. BMJ 1988; 297(6653):907-9
13. Maguire P, Faulkner A. Communicate with cancer patients: 2. Handling uncertainty, collusion, and denial. BMJ 1988; 297(6654):972-4
14. Núñez S, et al. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. Med Clin (Barc). 2006; 127(15):580-3
15. López Martín S, Galera Martín C, Guerra-Tapia A. Dermatología y ética. El nuevo paradigma. Actas Dermosifiliogr. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.07.001>
16. Bascuñán ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica Rev. Méd. de Chile 2005;133:693-698.
17. Gómez M. Cómo dar las malas noticias en Medicina. Madrid. Editorial Aula Médica. 1996.50-59
18. Collel R, Fontanals A. Principios de comunicación. Como dar malas noticias. Clínica rural 1997; 486:12-22
19. Muñoz FA, Fernández S, Parada E, et al. Comunicación de malas noticias. Rev. Psiquiatría Fac Med Barna 2001; 28:350-356.
20. Beltrán Guzmán FJ, Torres Fermán IA. Una aproximación a la tanatología. Revista electrónica Medicina, Salud y sociedad. Vol.1, No.3. May-Agosto 2011.
21. González C, Méndez J, et al. Cuidados paliativos en México. Rev Med Hosp Gen Méx 2012; 75(3):173-179
22. García-Rillo A, García-Pérez L, Duarte-Mote J. La muerte como experiencia de vida y la labor humanista de anunciar la muerte en Medicina. Med Int Mex. 2012; 28(6):598-602.