

FACULTAD DE MEDICINA (UACH)

¿CÓMO COMUNICAR “MALAS NOTICIAS” A LOS PACIENTES?

Dr. Franco Lotito C.*

***Psicólogo (PUC)**

MBA (UACH)

Dr. en Ciencias Humanas (UACH)

OBJETIVOS:

- **1. Reflexionar acerca de algunos aspectos relevantes del proceso comunicativo.**
- **2. Diferenciar entre “buen comunicador” y un “mal comunicador”.**
- **3. Definir qué se espera del médico especialista -y de cualquier otro médico- cuando debe comunicar malas noticias.**

- **4. Identificar algunas características básicas del modelo de comunicación.**
- **5. Revisar y analizar las fases del “duelo oncológico”. (Nota: Solamente, si el tiempo alcanza para cumplir con la primera parte).**
- **6. Sugerencias finales.**

- **ALGUNAS REFLEXIONES INICIALES...**
- **(Usemos para ello nuestra “imaginación” y algo de historia).**

- **1. “Oír, leer o hablar sin reflexionar es una ocupación... inútil”.**
- **2. “Algunos médicos te informan, pero no te comunican; te oyen, pero no te escuchan; te atienden, pero no te acompañan”.**

- **3. “Mientras los médicos sigan viendo sólo enfermedades y olviden al enfermo como una unidad psicológica y social, serán simples zapateros remendones de la personalidad humana”.**

- **Por lo tanto, estamos obligados a:**

- **REFLEXIONAR – ESCUCHAR* –
PREGUNTAR – OBSERVAR-
COMUNICAR**

- **(¡Estos son verbos de ACCIÓN!)**

- **Esto requiere tener y/o desarrollar en el médico una determinada **ACTITUD** y/o **COMPORTEAMIENTO** frente al paciente.**

¿Qué se entiende por actitud?

PROCESO INTERNO...

ACTITUD

- ¿I.E.?* ¿C.I.?*
- ¿I.E.=C.I.?

AUTOCONTROL

(AUTO)MOTIVACIÓN

EMPATÍA*

El acto de la reflexión...

- **Nos permite analizar cómo hacemos lo que hacemos.**
- **La reflexión permite ampliar el horizonte de posibilidades en el cual actuamos.**

Por lo tanto...

EJERCICIO DE REFLEXIÓN:

- **¿CUÁLES SON LOS ASPECTOS
–O ARISTAS – QUE MÁS
“INCOMODAN” A LOS
MÉDICOS CUANDO HAY QUE
DAR MALAS NOTICIAS?**

¿UNA VISIÓN futurista o... **LOCURA
TEMPORAL?**

- Si usted cree lo que siempre ha creído, siempre pensará como siempre ha pensado, por lo tanto, no hay que sorprenderse de que en el futuro usted **no cambie**, y... siga actuando como siempre ha actuado.
- **Por lo tanto, hay que tener...**

UNA MENTE ABIERTA

**El médico debe tener
la mente abierta
para continuar
aprendiendo, para
escuchar en forma
activa y poner en
práctica los
conocimientos
adquiridos.**

- **De otra forma, chocamos con...**

¿Por qué razón es importante tener todo esto presente?

- **Porque los estudios han demostrado –en forma consistente– que el modo en que el profesional de la salud entrega la mala noticia, establece una marca indeleble sobre la relación profesional-paciente**
- **Porque podemos llegar a valorar y apreciar la relación que tenemos con nuestros pacientes.**

Y ADEMÁS...

- **1. Por su influencia negativa en la forma en cómo es recepcionada la información.**
- **2. Por su posible impacto en la salud del paciente, si lo hacemos de manera errónea. (Exacerbar el nivel de estrés en el paciente).**
- **3. Puede generar emociones negativas y resentimiento en contra del médico tratante.**
- **4. Se produce una pérdida de confianza hacia el equipo médico. El paciente no adhiere al tratamiento indicado.**

• EJERCICIO PRÁCTICO

¿Con qué contamos para comunicarnos...?

Las cualidades de la voz

Lo corporal y gestual

Las palabras

(7%, 38%, 55%)

Por lo tanto...

- En el proceso comunicativo no sólo se pone en juego “la palabra”, sino que también la **COMUNICACIÓN NO VERBAL**, que incluye: **la mirada, la expresión facial, la postura corporal, los gestos que la persona hace.**
- Por otra parte, el lugar donde se ha de dar la noticia no puede ser **CUALQUIER ESPACIO**: tiene que ser un lugar adecuado y donde no hayan interrupciones.
- ¿Por qué razón es importante todo esto? Porque aquél que recibe una mala noticia, recordará **QUIÉN, EN QUÉ LUGAR, EN QUÉ MOMENTO** y en **QUÉ FORMA** le fue comunicada.

**EN ESTE
SENTIDO, ES
PRECISO SABER
QUE...**

Lo que diferencia a un médico que realiza un buen proceso comunicativo de otro que no lo hace, es, ante todo su EMPATÍA, SU MOTIVACIÓN PERSONAL, SU HONESTIDAD y el RESPECTO POR SU PACIENTE.

- **Las malas noticias forman parte de la práctica médica, sin embargo, los médicos, en general, no han sido preparados para darlas, condición que perjudica la comunicación con el paciente y la familia, especialmente, cuando aquello que se va a comunicar cambiará las perspectivas futuras del paciente.**

- Precisamente, uno de los especialistas en el tema, el Dr. Robert A. Buckman define una **“mala noticia”** como aquella **“que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro”**.
- Una “mala noticia” suele asociarse a un evento que compromete la vida de una persona, tal como por ejemplo, padecer un cáncer, tener VIH, experimentar una situación traumática y grave, estar en una condición de enfermo terminal, entre muchas otras.

- Conociendo los derechos y obligaciones de los pacientes, es preciso proceder respetando los **principios bioéticos*** y la *Lex Artis Médica* que rigen la ética y la práctica profesional médica: **derecho a recibir información adecuada, suficiente y continua. Derecho a recibir un trato respetuoso. Derecho a recibir una explicación clara y a tiempo de su situación de salud. Derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad.**

BIOÉTICA

- La bioética aplicada a la medicina tiene a la base cuatro grandes principios rectores:
- 1. La *autonomía del paciente*, vinculada a la capacidad del sujeto de decidir por sí mismo.
- 2. La *beneficencia*, es decir, actuar en beneficio de los pacientes, promoviendo y respetando los legítimos intereses del enfermo.

- 3. La **no maleficencia**, a saber, abstenerse de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros, bajo el principio de *primum non nocere*, es decir, lo primero que debe primar es no dañar al sujeto.
- 4. La **justicia**, donde se exige tratar a cada persona enferma de manera apropiada, conforme a su dignidad y condición de ser humano, evitando la **discriminación y el trato desigual** (Beauchamp y Childress, 1999; Lawrence, 2007; Siurana, 2010).

- Desde hace un buen tiempo a esta parte, se ha venido denunciando la “creciente deshumanización de la medicina”, así como también un “excesivo énfasis en el mercantilismo de la medicina”.

Versus:

- El “ejercicio de una medicina respetuosa, cooperativa, creativa y considerada”.

- **Hunter “Patch” Adams en una entrevista hizo una seria acusación al respecto, señalando que: “Hemos convertido la medicina en un negocio sucio y avaro” que trata a la gente “como meros consumidores y no como personas o ciudadanos”.**
- <https://www.ecoportal.net/temas-especiales/salud/patch-adams-hemos-convertido-la-medicina-en-un-negocio-sucio-y-avaro2/>

¿Importancia de lo anterior?

- **La relevancia de recibir un trato digno y de tener a disposición información clara y honesta reside en el hecho, que sin ella, el paciente ve conculcada su capacidad para TOMAR DECISIONES y, en consecuencia, pierde la AUTONOMÍA, que es, precisamente, un principio bioético fundamental.**

EL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN

- **La comunicación humana puede definirse como un proceso que permite el traspaso -o intercambio- de contenidos e información SIGNIFICATIVA entre las personas. Para ello se requiere de un CÓDIGO COMPARTIDO*, compuesto por una serie de SIGNIFICADOS... que no siempre son iguales para todos. (Caso del cura ornitólogo y Caso del perro policial).**

OBJETIVOS DE LA INFORMACIÓN A TRAVÉS DE LA COMUNICACIÓN:

- **1. Que el paciente conozca la naturaleza de su enfermedad, la evolución probable y las alternativas terapéuticas disponibles.**
- **2. Que el paciente se sienta comprendido en sus emociones.**
- **3. Que exista un espacio para una esperanza realista.**
- **4. Desarrollar un plan de seguimiento acorde con los valores y objetivos del paciente.**
- **5. Garantizar un acompañamiento.**

LAS HABILIDADES NECESARIAS...

- **Las bases teóricas que definen la relación de ayuda en los médicos son:**
- **Capacidad de escucha, cordialidad, calidez, respeto, empatía, comprensión, seguridad, dar información clara, uso de un lenguaje asequible acorde al sujeto, trato personalizado, interés genuino por el otro, sin prejuicios, criterioso y con competencia clínica.**

- **EL MODELO BIOMÉDICO**

v/s

- **EL MODELO CENTRADO EN EL PACIENTE**

MODELO BIOMÉDICO

- **1. Enfocado sólo en la enfermedad.**
- **2. Centrado en el profesional médico.**
- **3. Con un abordaje netamente analítico.**
- **4. El profesional visto como el “experto”.**
- **5. El profesional es el “dueño” de los objetivos en la salud del paciente.**
- **6. Prescripción del tipo: “¡Tienes que hacer...!”**

MODELO CENTRADO EN EL PACIENTE

- **1. Centrado en la salud y en la persona del paciente.**
- **2. Incluye al paciente y no está sólo centrado en el médico.**
- **3. Tiene un abordaje sistémico: enfoque biopsicosocial* .**
- **4. Prevalencia del principio de autonomía del paciente.**

- **5. El paciente como un experto en sí mismo, en su contexto y en lo que es posible y aceptable para él.**
- **6. Los objetivos en salud son del paciente. El profesional médico aporta y propone los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles.**
- **7. El profesional explora los deseos del paciente: "Y... ¿usted qué quiere hacer?"**

MODELO BIOPSIICOSOCIAL

- Se trata de un procedimiento integrador y una forma de entender los procesos de salud y enfermedad basado en el trabajo en equipo de un modo interdisciplinar. Esto implica: compartir y colaborar en el logro de los objetivos, **repartir tareas**, no "fraccionar" defensivamente a la persona enferma, ni a su familia. **Esto significa que...**

- **Se van a producir circunstancias cambiantes, van a haber necesidades variables, con una historia personal, social y familiar que hace que cada individuo enfrente la enfermedad de una determinada manera, muy distinta a otro paciente del mismo sexo y de la misma edad.**

MODELO DE COMUNICACIÓN

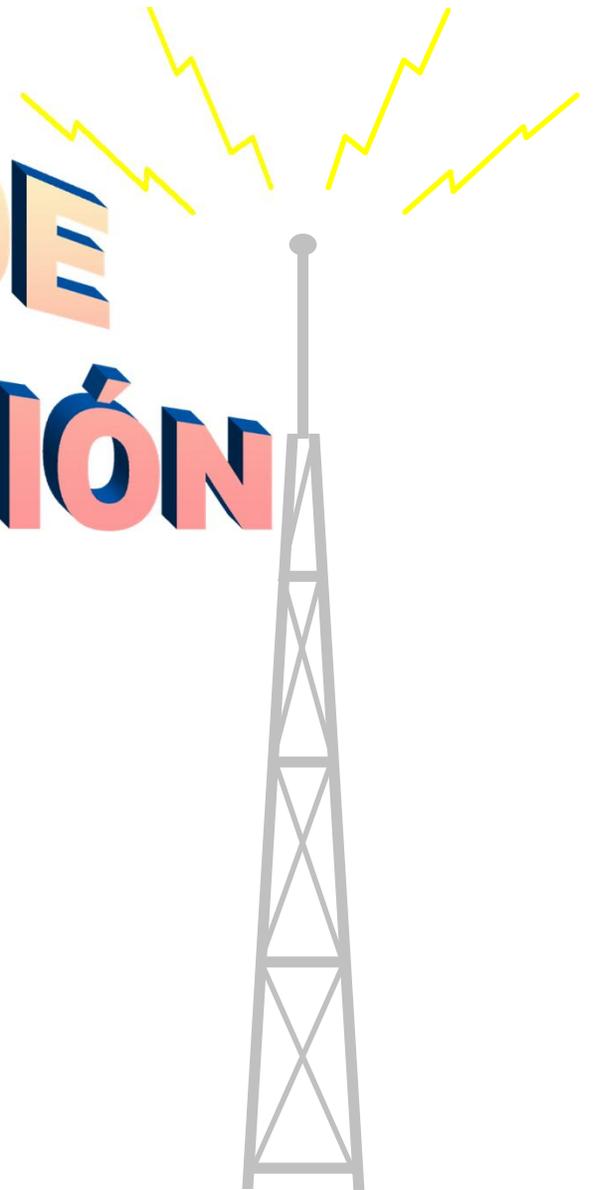
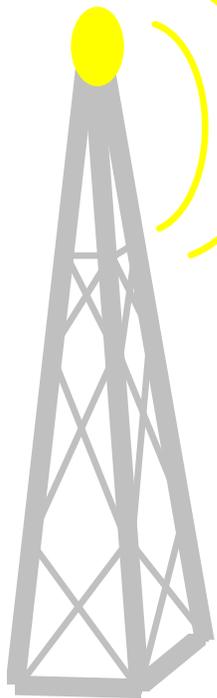
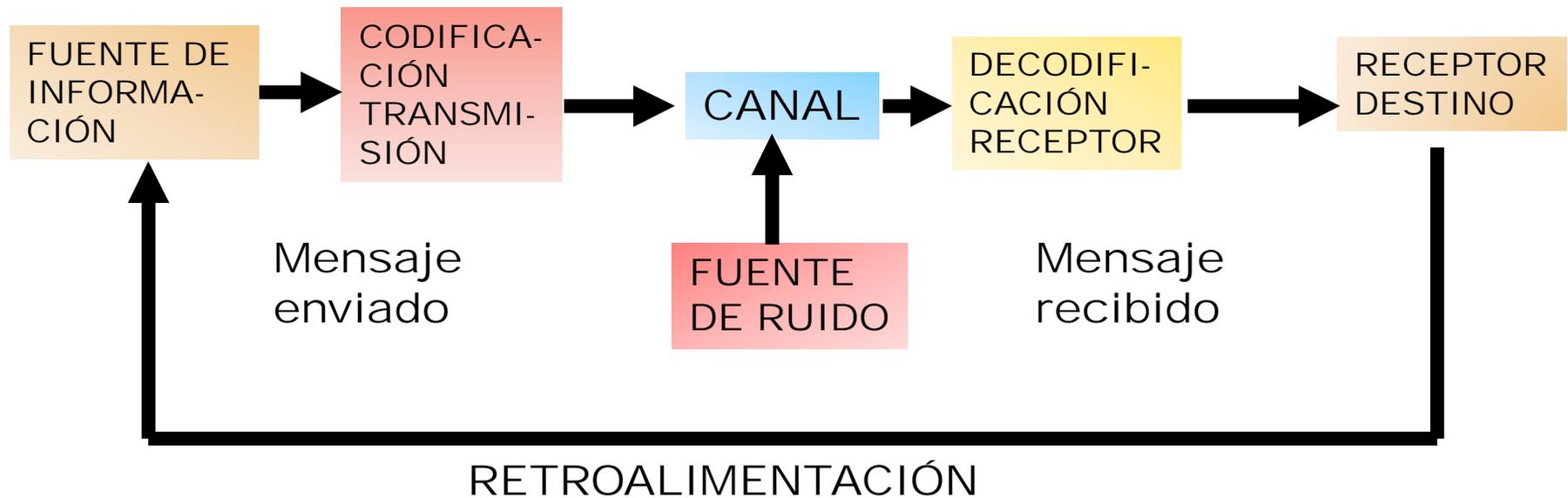
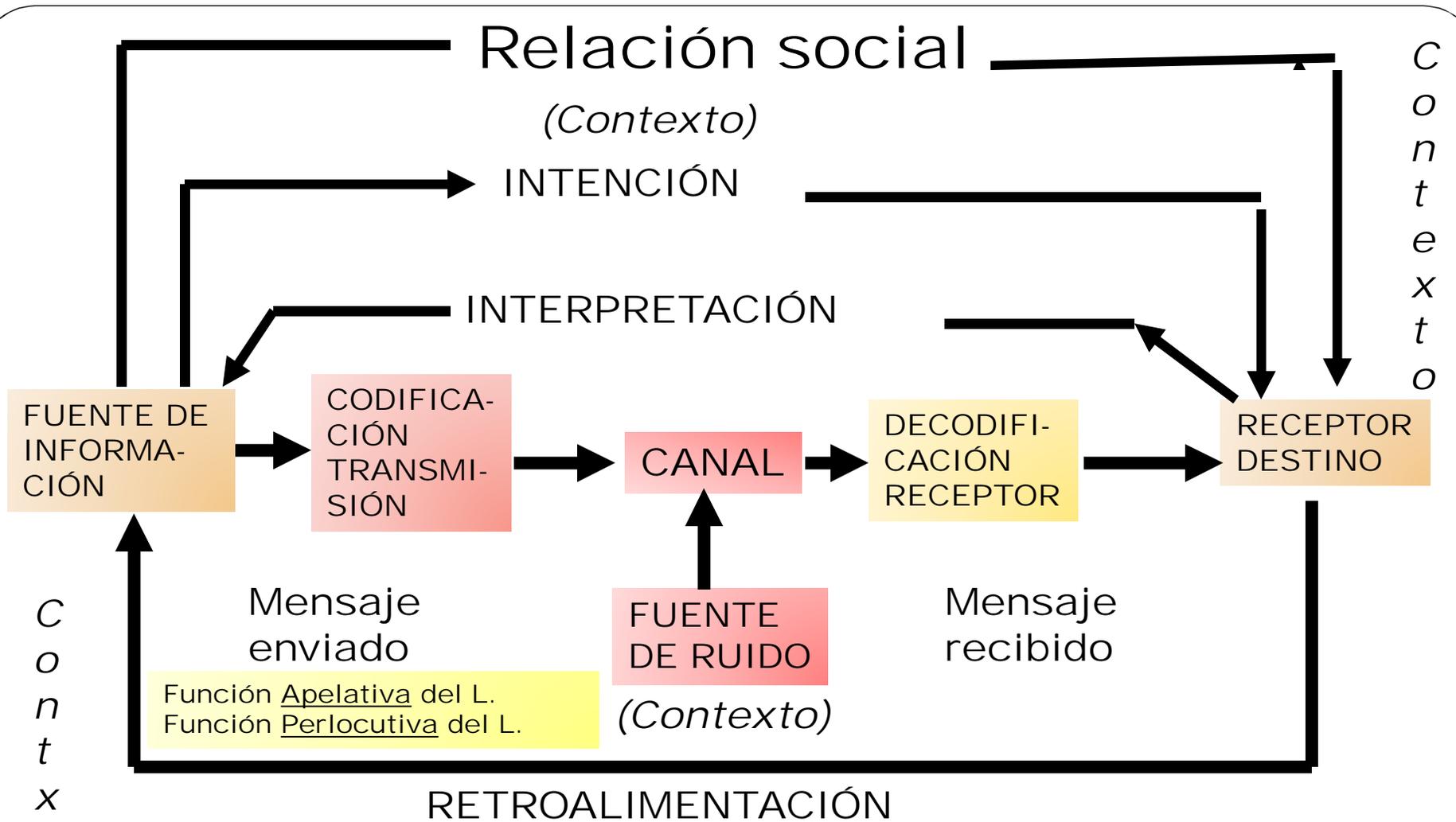


DIAGRAMA (SIMPLIFICADO) DE UN SISTEMA DE COMUNICACIÓN



En el proceso de comunicación ocurre cierta cantidad de "ruido", es decir, una perturbación indeseable que tiende a alterar el mensaje: barreras técnicas, humanas y semánticas.



Desde la perspectiva discursiva, la comunicación se entiende como un proceso de interpretación de intenciones.

TIPOS DE BARRERAS QUE PUEDEN HACER FRACASAR LA COMUNICACIÓN

BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN

- 1. FÍSICAS Y/O TÉCNICAS: espacio o distancia, fallas mecánicas, interferencias físicas.
- 2. SEMÁNTICAS: interpretación de las palabras, decodificación de los gestos, significados de señales y símbolos.
- 3. HUMANAS: variaciones perceptivas, diferencias de sensibilidad, variables de personalidad, discrepancias de competencias, presencia de discapacidad.

¿Cómo dar una mala noticia?

- A continuación se analizará la estrategia del Dr. Buckman o protocolo **S-P-I-K-E**, que representa, justamente, una suerte de estrategia o protocolo, no así un guión de cine a seguir ciegamente.
- **S= SETTING**: Looking for privacy
- **P= PERCEPTION**: Before you tell, ask the patient
- **I= INVITATION**: ¿How much information would you like me to give you?
- **K= KNOWLEDGE**: Before you break bad news, give your patient a warning that bad news is coming.
- **E= EMPATHY**: For most physicians, responding to the patient's emotion is one of the most difficult parts of breaking bad news.

¿Cómo abordar la comunicación de malas noticias?

- **1. Preparar el entorno:** la privacidad es fundamental. El paciente decide si quiere estar acompañado por un familiar o un amigo. Escuchar **sin interrupciones** si el paciente quiere decir algo, sin mostrar apuro. Mantener el **(¡*ç+&#%\$!)** teléfono o celular en silencio, pedir que no pasen llamadas.

Y... ¡Ojo!

- El profesional médico no debe olvidarse de sí mismo, y debe pensar -y sopesar- cómo lo puede afectar también a él una mala noticia, ya que dar un diagnóstico e iniciar un tratamiento también representa un reto para los profesionales.
- Hay que tener en consideración y muy presente el tema del **AUTOCUIDADO**: **“Cuidar a los cuidadores”**. También está el peligro de caer en el **BURNOUT**.

- Trabajar con la **enfermedad y el sufrimiento** de las personas es altamente desgastante. Los indicadores de salud, tales como **el estrés, el *burnout* y la fatiga de compasión** (o **estrés traumático secundario**) en los profesionales de la salud, han conducido a la enunciación del hecho paradójal de **que quienes se dedican al cuidado de otros, en ocasiones, tienden a descuidar su propia persona.**

- **El estrés traumático secundario fue definido por Charles Figley (1983) como “el conjunto de aquellas emociones y conductas resultantes de entrar en contacto con un evento traumático experimentado por otros”.**
- **(Libro: *“Compassion fatigue. Coping with Secondary Stress Disorder in those who Treat Traumatized”*).**

- **Las propias emociones pueden estar implicadas en el vínculo con el paciente, especialmente, cuando se trata de un niño(a), por lo tanto, estar consciente de ello ayuda a generar un mayor espacio de empatía hacia la familia del menor. Dar una mala noticia durante un tratamiento, por ejemplo, compromete las emociones y expectativas del profesional, y puede generar un cierto nivel de frustración.**

- **2. Averiguar qué sabe el paciente:** antes de hablar hay que conocer la información que maneja el paciente acerca de su situación. Este es el punto de partida.
- Se pueden hacer preguntas tales como: “¿Qué cree que le está pasando? ¿Sabe lo que significa el resultado de los exámenes? ¿En algún momento pensó que esto podía ser una enfermedad grave?” Hay que estar atento a sus respuestas, ya que no da lo mismo que diga “Tengo algo en el pulmón” a que diga “Tengo cáncer en el pulmón”.

- 3. **Averiguar qué quiere saber el paciente:** hay que intentar saber y/o percibir hasta donde quiere saber el paciente y **NO PONER EN LA MESA LO QUE NOSOTROS PENSAMOS QUE DEBE SABER.** Para el paciente puede ser prioritario en ese momento el tema del tratamiento. Si nos damos cuenta que no quiere saber, hay que dejar la puerta abierta para cuando lo desee hacer, en cuyo caso, es preciso darle la forma de poder ubicarnos y que nos pueda avisar de su deseo.

- **Adicionalmente al acto de dar información clara y precisa al paciente, el profesional médico debe ser capaz de ADECUAR SU ESTILO COMUNICATIVO al perfil de las personas que tiene ante sí: menor de edad o adulto, hombre o mujer, con educación, sin educación, etc.**

- **4. Compartir información/conocimiento:** en ocasiones no puede darse **TODA LA INFORMACIÓN DE UNA SOLA VEZ**, sino que hay que hacerlo de a poco, con el fin de que el paciente pueda procesar lo que está viviendo. También es posible que el paciente quiera saber todo lo relativo a su enfermedad y su tratamiento.

- **Es fundamental asegurarse que el paciente está entendiendo lo que se le dice, por lo tanto, hay que darle un tiempo de “digestión” y luego pedirle que el paciente explique con sus palabras lo que cree haber entendido.**

- **5. Responder a las emociones y reacciones del paciente:** en este punto es donde entra en juego la **EMPATÍA**, que, recordemos, **NO ES, SIMPLEMENTE, ponerse en el lugar del otro.** Si el médico no está dispuesto a apoyar al paciente, es mejor que busque el respaldo de otro colega, ya que son tremendamente importantes los pequeños gestos de apoyo que haga el médico, gestos que le dan seguridad al paciente: mirar a los ojos, poner una mano en su brazo, decirle que puede contar con su apoyo, etc.

- **Con el fin de generar la actitud de escucha activa para aquellas cosas que nos complican (o desestabilizan), en ocasiones, es necesario levantarse –al menos por un momento-, dejar la postura habitual a un lado, salir de mi zona de comodidad, de mi forma de pensar y de comprender las cosas, de modo de disponerme –de forma empática– a valorar lo que el otro me quiere decir.**

- **6. Establecer una estrategia de cuidado y seguimiento:** luego que se ha comunicado una mala noticia y se ha valorado la reacción del paciente, es preciso hablar del tratamiento sugerido, de las opciones disponibles, y si las condiciones lo permiten, que el paciente pueda decidir lo que quiere hacer.
- Es fundamental que el paciente sepa que el médico tratante estará ahí cuando lo necesite: cuando sienta temor, tenga preocupaciones, o para el alivio de los síntomas de su enfermedad.

Para inspirarse...

- ▶ **“Hay hombres que luchan un día y son buenos, hay otros que luchan un año y son mejores; hay quienes luchan muchos años y son muy buenos, pero los hay que luchan toda la vida: ¡esos son los imprescindibles!”.**
- ▶ **¿Alguien conocido...? (B.B.)**

- **PROCESO DE DUELO
EN EL PACIENTE
ONCOLÓGICO**