



UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

FACULTADE DE MEDICINA E ODONTOLOXÍA

TRABAJO FIN DE GRADO DE MEDICINA

Recomendaciones, habilidades y protocolos sobre la comunicación de malas noticias en el ámbito de la salud: Una revisión bibliográfica.

AUTOR: Castiella Bañales, Mar

TUTOR/A: González Quintela, Arturo

COTUTOR/A: Combarro Mato, Jesús

Departamento: Medicina de Familia y Comunitaria

Curso académico: 2019-2020

Convocatoria: Junio 2020

0. RESUMEN	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. MÉTODOS	6
2.1 INVESTIGACIÓN LITERARIA.....	6
2.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	6
2.3 ESTUDIOS SELECCIONADOS	7
3. DESARROLLO Y DISCUSIÓN	8
3.1 ¿QUÉ SON MALAS NOTICIAS?	8
3.2 ¿SE DEBEN COMUNICAR LAS MALAS NOTICIAS?	8
3.3 ¿POR QUÉ DEBEN DARSE MALAS NOTICIAS?	9
3.4 ¿SE ENSEÑA A LOS RESIDENTES/ESTUDIANTES DE MEDICINA A DAR UNA MALA NOTICIA?	11
3.5 BARRERAS /ERRORES EN LA COMUNICACIÓN DE NOTICIAS DIFÍCILES	12
3.6 RECOMENDACIONES GENERALES PARA DAR MALAS NOTICIAS	15
3.7 ¿PROTOCOLOS?.....	21
4. CONCLUSIONES	27
5. BIBLIOGRAFÍA	28

0. Resumen

Comunicar malas noticias es una tarea muy compleja y, por desgracia, muy habitual en la práctica clínica de cualquier médico. Cada vez son más los médicos y pacientes que reconocen y valoran la importancia de comunicarlas bien. La evidencia muestra que se puede lograr una mejor atención médica siguiendo una serie de recomendaciones generales sobre cómo dar malas noticias, entre las que destacan: individualizar, saber escuchar y responder a las emociones de manera empática. A lo largo de los años se han ido publicando varios protocolos, entre los que destaca el SPIKES, que pueden ser de gran ayuda a la hora de comunicar malas noticias. A pesar de los avances, la literatura coincide en que en la actualidad existe una insuficiente formación tanto de estudiantes de medicina, residentes como médicos especialistas en habilidades de comunicación para entregar noticias difíciles a los pacientes.

Abstract

Breaking bad news is a complex task and, unfortunately, very common in the clinical practice of any doctor. More and more doctors and patients recognize the importance of communicating bad news well. Evidence shows that better health care can be achieved by following some general recommendations on how to give bad news, among which are: individualizing, listening and responding to emotions in an empathetic way. Over the years, several protocols have been published, including SPIKES, which can be of great help in communicating difficult news. Despite advances, the literature agrees that there is currently insufficient training of both medical students, residents and physicians specialized in communication skills to deliver bad news to patients.

1. Introducción

Comunicar malas noticias es una de las tareas más difíciles a las que se enfrentan los médicos en su día a día. Son situaciones que generan ansiedad y estrés en los facultativos y que no pueden ser sustituidas por las nuevas tecnologías. La manera de comunicar al paciente el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su problema de salud tiene un gran impacto en su adaptación y afrontamiento.

La capacidad de comunicación con el paciente ha sido considerada erróneamente de menor relevancia en comparación con otros aspectos técnicos de la práctica asistencial. Sin embargo, es un tema de gran importancia ya que una buena comunicación puede ser el núcleo de una buena atención médica.

Cada vez son más los médicos que demandan actividades docentes para mejorar sus actitudes y habilidades comunicativas para informar de malas noticias. La capacidad de comunicar correctamente se puede enseñar y aprender, sin embargo, la formación en esta materia sigue estando ausente en el pregrado y posgrado.

Existe algún protocolo específico para dar malas noticias como el SPIKES, pero la literatura coincide en la necesidad de ampliar los estudios para diseñar programas de entrenamiento específicos.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer la literatura existente acerca de cómo comunicar malas noticias en la práctica clínica. En esta revisión se tratará de recoger las recomendaciones y habilidades de comunicación, las barreras y revisar los protocolos existentes.

2. Métodos

2.1 INVESTIGACIÓN LITERARIA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed (Medline) y EMBASE siguiendo la metodología PRISMA(1). Para encontrar información, se utilizó una estrategia de búsqueda predefinida que emplea una combinación de palabras clave y operadores booleanos (malas noticias; comunicación; médico; paciente) complementada con texto libre. También se buscó en las bases de datos del Centro de Revisiones y Diseminación (bases de datos CRD) de la Universidad de York y en la Biblioteca Cochrane. El período de búsqueda utilizado fue 2009 hasta Diciembre 2019.

2.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión para añadir documentos en la revisión bibliográfica: a) artículos originales incluyendo revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y revisiones bibliográficas; b) con respecto al idioma: se incluyeron estudios en inglés, español y portugués; c) se incluyeron estudios realizados con médicos, residentes y

estudiantes de medicina; d) se incluyeron estudios sobre la comunicación de malas noticias a pacientes de distintas especialidades médicas.

2.3 ESTUDIOS SELECCIONADOS

Tras la búsqueda inicial (malas noticias; comunicación), sin aplicar ningún filtro, se obtuvieron un total de 1005 artículos. De estos 1005, se descartaron 901 por no ser revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos o revisiones bibliográficas, quedando 104 artículos. De estos, se descartaron 15 artículos por no estar publicados en inglés, castellano o portugués, quedando 89. Estos 89 artículos se revisaron a partir del título y del *abstract* descartando 41 artículos por estar duplicados, por pertenecer al ámbito de la enfermería, por ser estudios que hacían referencia a la comunicación en general y por ser estudios que se centraban en la comunicación al final de la vida. Finalmente, se seleccionaron 48 artículos para la lectura de texto completo. (Fig. 1)

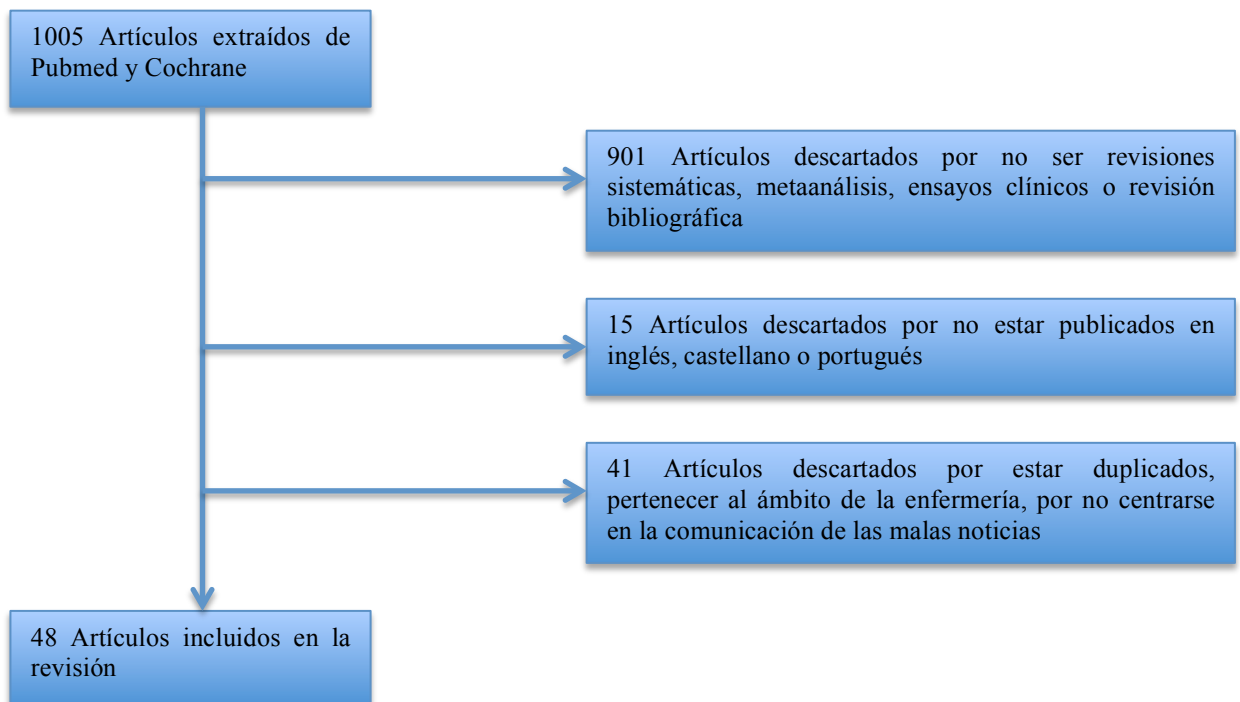


Figura 1. Esquema de selección de artículos

3. Desarrollo y discusión

3.1 ¿QUÉ SON MALAS NOTICIAS?

Algunos autores entienden por malas noticias cualquier información que altera o condiciona negativamente la visión de un individuo sobre su futuro(2). Otros consideran una mala noticia aquello que da como resultado en el individuo un déficit cognitivo, conductual o emocional que persiste en el tiempo(3). Es decir, una mala noticia puede ser todo lo que suponga un conflicto entre las expectativas que tenía el paciente antes de recibirla y las expectativas que ésta le proporciona.

Realmente, el impacto que produce una mala noticia dependerá en gran medida de las expectativas y percepciones del paciente en ese momento, de cómo de enfermos se sientan y de si ya sospechan su diagnóstico o su estado actual. Es decir, la mala noticia tiene, al menos, un componente objetivo, la severidad en relación con enfermedades graves, y otro componente subjetivo que depende del propio paciente. Por ello, las malas noticias pueden ser recibidas de diferente manera por cada persona.

A menudo, los enfermos consultan con ansiedad un proceso que se puede considerar poco significativo porque se sospecha que no les va a causar la muerte, ni es contagioso, ni heredable, pero que sin embargo, para ellos suponen un impacto negativo en su futuro. Por ejemplo: el diagnóstico de diabetes puede recibirse como una noticia horrible si el paciente cree que significa que él, al igual que su padre, necesitará una amputación; igualmente, una angina inestable que precisa una intervención quirúrgica justo la semana que se casa la hija; o cuando un mecánico recibe un diagnóstico incompatible con su puesto de trabajo. Del mismo modo, la presencia de un vitíligo en determinadas etnias puede suponer un impedimento para contraer matrimonio, aunque el médico lo interprete como algo poco relevante. Por otro lado, un paciente hospitalizado puede quedarse aliviado al ser informado de un diagnóstico de absceso hepático porque creía previamente que era cáncer.

3.2 ¿SE DEBEN COMUNICAR LAS MALAS NOTICIAS?

Hipócrates sentenciaba: “oculten la mayoría de cosas al paciente...den las órdenes necesarias sin revelar nada del futuro...muchos pacientes han empeorado según el pronóstico de lo que está por venir”(4).

Esta forma de pensar perduró hasta mitad del siglo XX ejerciendo una enorme influencia en el modo de actuar de los profesionales sanitarios a lo largo de la historia. Un pensamiento motivado por la idea de que el paciente no quiere saber la verdad o el paciente no puede soportar la verdad por ser altamente dolorosa.

En el año 1847, el primer manual de ética médica de la Asociación Médica Americana preparó el camino para la institucionalización de los códigos deontológicos de los médicos: “La vida de una persona enferma puede acortarse no sólo por los actos, sino también por las palabras de un médico. Por tanto, es un deber sagrado ser cuidadoso en este sentido, y evitar todas las cosas que tiendan a desanimar al paciente y deprimir su espíritu”(5).

Los profesionales sanitarios han actuado según las ideas de Hipócrates hasta hace relativamente poco. Sin embargo, la sociedad actual ha experimentado un cambio revolucionario en la relación clínica: desde un modelo paternalista y un estilo vertical, en la que el médico tenía todo el poder de decisión, a un modelo de empoderamiento del paciente enfatizando su derecho de autonomía. Hoy en día se valora positivamente que los usuarios estén informados y participen en la toma de decisiones. Incluso, en ocasiones, se ha pasado a la transmisión descarnada de toda la información aun cuando en algunos momentos resulte excesiva e ineficaz(6).

La actitud del paciente ha cambiado y, habitualmente, desea y espera una información profusa sobre su enfermedad, tratamientos posibles y pronóstico(7–10). Un claro ejemplo lo encontramos en un estudio publicado en Australia de 100 mujeres con cáncer de mama en el que se confirma que el 91% querían saber su diagnóstico y pronóstico(11). Otro estudio de 2016 revela que el 72% de pacientes tratados en oncología en el sur de la India también quería conocer el diagnóstico(12).

Aun así, todavía sigue habiendo médicos que no informan a sus pacientes o que no informan como deberían, así como pacientes que prefieren no ser informados y que sean terceras personas quienes decidan por ellos.

El cambio en la relación clínica se puede ver reflejado en la literatura médica. Mientras antes se centraban en si decir o no el diagnóstico al paciente, ahora se centra en valorar qué información darle y en cómo hacerlo.

3.3 ¿POR QUÉ DEBEN DARSE MALAS NOTICIAS?

3.3.1 Autonomía del paciente

La autonomía se define como la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales, tomar decisiones y actuar conforme a ellas. Para que exista autonomía de forma real, se deben cumplir tres requisitos: libertad, competencia e información. Si se cumplen estos tres requisitos, por grave o incómoda que les parezca a los profesionales la decisión del paciente, ésta debe ser aceptada(13).

Para poder decidir es necesario conocer. Informar de manera clara y honesta significa capacitar al paciente para tomar decisiones con conocimiento del problema, adecuadas a sus deseos, valores e intereses. La incertidumbre paraliza la capacidad de adaptación e impide al paciente hablar de ello, compartir el sufrimiento y aliviarlo parcialmente.

3.3.2 Responsabilidad profesional

El profesional sanitario debe ayudar al paciente a que tome la mejor decisión para su salud y promover su autonomía, que lleva inherente la capacidad de la persona para actuar de forma positiva sobre su salud. El médico debe tratar de buscar la mejor atención posible lo que resulta más factible con una mejor información de los pacientes.

3.3.3 Efectos positivos

La evidencia actual demuestra que compartir información con una buena comunicación afecta positivamente a la satisfacción del paciente con la atención recibida y a la decisión terapéutica. Asimismo, aumenta la adherencia al tratamiento, reduce el estrés psicológico de las malas noticias, reduce la confusión, aumenta la demanda de información, mejora la adaptación y reduce las reclamaciones por mala práctica(14). Sin embargo, es conveniente realizar futuras investigaciones que aborden los resultados cualitativos y cuantitativos después de un encuentro con malas noticias, utilizando medidas más eficaces y consistentes de satisfacción, comprensión y resultados de salud para pacientes(15,16).

Las habilidades comunicativas son importantes tanto para los pacientes como para los médicos; los médicos se sienten más satisfechos y menos estresados emocionalmente si la comunicación en las consultas es productiva. La evidencia sugiere que habilidades básicas de comunicación reducen la duración del encuentro con el paciente una media de 4 minutos(17) reduciendo por consiguiente el agotamiento, desilusión o sensación de no poder dar más que sienten muchos sanitarios en el trabajo, también conocido como “el síndrome de burnout” (18).

3.3.4 Motivos “legales”

Estar informado del proceso y de las alternativas terapéuticas es un derecho legal reconocido ampliamente en la legislación.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica declara que “los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma”, es decir, que “el titular del derecho a la información es el paciente”. También recoge el derecho de que “serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita”.

En esta ley también se recogen varias excepciones:

- “Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”.
- “El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica...cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación por el paciente pueda perjudicar la salud de éste de manera muy grave... el médico dejará constancia razonada en la historia clínica y comunicará su decisión...”.
- “...además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada...”.

3.4 ¿SE ENSEÑA A LOS RESIDENTES/ESTUDIANTES DE MEDICINA A DAR UNA MALA NOTICIA?

La literatura muestra que las habilidades comunicativas pueden ser aprendidas y deben ser enseñadas(19). La formación para dar malas noticias es una tarea que requiere mucho trabajo y mucho tiempo, por eso, la mayoría de universidades ofrecen pocas experiencias formales de aprendizaje en este ámbito. Además, es sabido que el modelo de educación actual ofrece más valor a las competencias técnicas que a las habilidades de comunicación. Hay una brecha real en la formación de técnicas de comunicación(20,21).

En un estudio los residentes de distintas especialidades quirúrgicas insisten en la necesidad de aprender habilidades comunicativas para poder informar a sus pacientes de noticias difíciles cuando ocurren eventos inesperados en las operaciones(22).

En la práctica, la manera más habitual de aprendizaje de habilidades básicas de comunicación es mediante la observación de los compañeros más experimentados. No obstante, esta enseñanza es muy dependiente de las cualidades del “maestro” y se corre el riesgo de perpetuar actitudes o percepciones inadecuadas. Existe la falsa creencia de que los médicos más mayores son los que mejor comunican mientras que los jóvenes doctores lo hacen peor(23).

Un grupo de profesionales de la salud de Brasil analizaron cualitativamente los datos recopilados de un estudio de intervención controlado y aleatorizado para evaluar la eficacia de un programa de capacitación para mejorar habilidades de los residentes de perinatología para comunicar malas noticias. El estudio integró teoría psicológica con dramatizaciones grabadas en vídeo, con actores representando pacientes y familiares en diferentes situaciones prácticas. Los datos obtenidos sugieren que la mayoría de los residentes evaluaron la formación como un buen apoyo educativo para aumentar el conocimiento, la capacidad y la comprensión sobre las malas noticias en perinatología. Proponen que el entrenamiento formal debe incluirse en los planes de estudio de las universidades de medicina y en la residencia de manera obligatoria e independiente de la especialidad(24).

Varios médicos de familia americanos realizaron en el 2017 un ensayo controlado y aleatorizado sobre un breve módulo de entrenamiento de habilidades comunicativas para dar malas noticias incorporando historias y preferencias de diferentes pacientes con cáncer. Los resultados demostraron que los residentes y estudiantes de medicina que utilizaron ese módulo mejoraron significativamente sus habilidades comunicativas en diferentes áreas(25).

En 2019 se publicó un estudio donde los autores diseñaron un plan de estudios de comunicación y realizaron sesiones de capacitación para médicos de Urgencias del Hospital General de Massachusetts, Boston. Los resultados sugieren que es posible dar formación sobre comunicación considerada por los profesionales relevante para su práctica, con la que mejoraron sus habilidades y conocimientos, cambiaron su actitud y percibieron como un uso valioso de su tiempo(26).

La Universidad de Manchester publicó recientemente la primera revisión sistemática y meta-análisis de intervenciones centrado en un aspecto concreto de la comunicación ya que se enfoca en la transmisión de malas noticias(16). Tras las intervenciones se encontraron

mejorías significativas en las habilidades de los médicos, residentes y estudiantes así como en su confianza para comunicar noticias difíciles.

3.5 BARRERAS /ERRORES EN LA COMUNICACIÓN DE NOTICIAS DIFÍCILES



Figura 2. Barreras y errores en la comunicación de noticias difíciles

Los factores que dificultan la comunicación de malas noticias pueden provenir del entorno, del ambiente sociocultural, del paciente o del propio médico. (Fig. 2)

3.5.1 Preparación inadecuada

La primera barrera que destaca en toda la literatura es la escasez de formación profesional en técnicas comunicativas para la capacitación de entregar malas noticias. Los oncólogos encuestados destacan una falta de educación en esta materia, comparándola en términos de importancia con las habilidades quirúrgicas(20,21).

3.5.2 Barreras arquitectónicas

No todos los hospitales ni centros de salud cuentan con un espacio físico apropiado para dar malas noticias. Un pasillo, una sala de espera o una consulta sin privacidad en la que entra y sale el personal sanitario o bien suena el teléfono continuamente, no son lugares adecuados para informar de una mala noticia. Servicios como Urgencias pueden encontrarse con mayor probabilidad con esta barrera puesto que son ambientes muy complejos donde las condiciones pueden influir en que la experiencia de dar una mala noticia realmente se vuelva un evento

estresante(27). A pesar de todas las dificultades institucionales, es la mínima consideración hacia la persona que está delante y el primer error que los sanitarios deben evitar.

3.5.3 Tiempo inadecuado

Es importante tener en cuenta que la atención apresurada es el contexto más favorable para cometer errores. Querer informar rápido obtiene como resultado la falta de comprensión, un impacto intenso y aumento de incertidumbre. Los médicos que tienen prisa transmiten poco interés en ayudar lo que impide a los pacientes realizar preguntas o aclaraciones esenciales para asimilar y adaptarse a su nueva situación(6).

3.5.4 Utilizar tecnicismos

Provoca confusión y distanciamiento en los pacientes. Hay que evitar en la medida de lo posible emplear la jerga médica ya que es muy difícil su comprensión por personas ajenas al ámbito sanitario. Es preferible emplear un lenguaje sencillo, comprensible y cercano en lugar de utilizar palabras muy cultas: “acreditar”, “amerita”, “descartar”, etc(28).

3.5.5 No dosificar la información

“Dosis escasas carecen de efecto, dosis excesivas son tóxicas” dicen Jesús M. Novo y Francisco J. Martínez, médicos de familia de Lugo(6). Como ya se ha comentado, la cantidad de información varía en función de cada paciente y por ello es necesario ajustarla a las necesidades de la persona y estar muy atentos a su impacto, siendo éste el mejor modo de maximizar los beneficios y evitar los problemas que provoca.

3.5.6 Barreras culturales y religiosas

El siglo XX es testigo de un gran movimiento migratorio alrededor del mundo. Esto ha cambiado las características demográficas de muchas ciudades en donde se han asentado nuevas comunidades étnicas minoritarias. Los médicos refieren grandes dificultades para informar de malas noticias cuando se trata de pacientes de otras culturas y lo atribuyen a la falta de preparación intercultural(29). Por lo tanto, los profesionales deberían estar preparados para tratar a pacientes que puedan tener una cultura, fe, idioma y un conjunto de creencias diferentes(30).

En la cultura asiática y árabe, existe un modelo centrado en la familia donde la toma de decisiones se lleva a cabo por parte de toda la familia en conjunto. En base a esto, las familias piden a los médicos que no revelen el diagnóstico y pronóstico al paciente por temor a que pueda suicidarse o morir antes por desesperación o pérdida de esperanza(31). Por el contrario, el pensamiento occidental asocia el respeto con la individualidad e independencia del paciente(32).

La religión tiene un valor muy alto para algunos pacientes. Por ejemplo, cuando el médico va a comunicar una mala noticia a una paciente musulmana, el hecho que la mujer evite dar la mano o el contacto visual no debe interpretarse como falta de confianza, sino más bien como un signo de modestia que tiene valor en el Islam.

Para garantizar una mejor comprensión de este tema, la cirujana de Reino Unido Salma Naseem propone que los hospitales organicen talleres para formar a los profesionales de salud médica sobre las tradiciones, culturas y creencias de diferentes grupos étnicos(30).

3.5.7 Dificultades relacionadas con los acompañantes/familiares

La bibliografía describe la familia/amigos como un facilitador y una barrera. Su presencia se relaciona en muchas ocasiones con una entrega de información más rápida y permite plantear cuestiones importantes especialmente cuando suponen una ayuda para que el paciente sobrelleve la carga emocional de las noticias. Sin embargo, en otras ocasiones la familia puede suponer una barrera si su presencia genera más estrés y aumenta la tensión del encuentro médico-paciente.

Muchos oncólogos proponen conversaciones separadas con el paciente y la familia, sin olvidarnos de obtener primero el permiso del paciente para hablar con los miembros de su familia (“el depositario de la información es el paciente” dice la ley de autonomía del paciente)(29).

3.5.8 Miedos de los médicos al tener que dar malas noticias

Existen varios factores propios del médico que actúan como barreras comunicativas e interfieren en el momento de dar malas noticias(33):

- Miedo de causar dolor: es sabido que las noticias difíciles causan dolor. Los profesionales sanitarios son educados para aliviar el dolor que provocan durante algún procedimiento, como una biopsia o una sutura, aplicando analgésicos. Sin embargo, no existen anestésicos ni fórmulas para calmar el dolor que provocan las malas noticias.
- Miedo a ser culpados por la enfermedad o por el pronóstico de la misma: lamentablemente, algunos pacientes cuando reciben una mala noticia tienden a personalizarlas y descargan su ira con la persona que se las comunica.
- Miedo a expresar emociones: hay una falsa creencia que considera que expresar cualquier reacción es un acto no profesional capaz de debilitar la “imagen” del médico frente al paciente. Dado que la relación empática con el paciente requiere la participación emocional del médico, la dificultad para expresar sentimientos puede actuar como una barrera comunicativa.
- Miedo a desencadenar una mala reacción por parte del paciente.
- Miedo a no saber todas las respuestas: los sanitarios temen decir “no sé” por miedo a que duden de su valía o conocimientos y que los desvaloricen. En cambio, la honestidad que se demuestra al reconocerlo aumenta la credibilidad durante la entrevista y puede ser un factor favorecedor de la relación médico-paciente.
- Miedo personal a la propia enfermedad o a la muerte.

- Miedo legal: la judicialización de la medicina es un hecho que se da en todo el mundo y tiende a generar la creencia actual de que todo ciudadano tiene derecho a ser curado y que cualquier fracaso terapéutico siempre se debe a un error o negligencia que merece una sanción penal e indemnización.

3.6 RECOMENDACIONES GENERALES PARA DAR MALAS NOTICIAS

3.6.1 Escoger un lugar adecuado

Se recomienda, como ya se ha comentado con anterioridad, escoger un lugar privado donde se garantice intimidad, no haya interrupciones y con posibilidad de sentarse. Se debe tener tiempo suficiente y disponer de material que pueda ser necesario durante la entrevista. En caso de no existir un lugar para dar malas noticias, se deben crear las mejores condiciones posibles para dar privacidad: sentarse a la altura del paciente y/o familiares, correr la cortina de una habitación compartida, etc. Para Ana Sobrino López, médico de familia y Coordinadora Nacional del Grupo Comunicación y Salud Español “es preferible tardar un poco más en comunicar una mala noticia que hacerlo en un lugar inadecuado”(34).

3.6.2 Prepararse uno mismo

Un aspecto muy importante es que el momento para informar sea el adecuado también para el profesional. Es preciso que quien da la noticia esté preparado técnica y emocionalmente para dar la información clara, concisa y fácil de asimilar así como para apoyar emocionalmente al paciente. El profesional también puede estar afectado por alguna situación personal o laboral, sobrecarga, prisa, cansancio... Pero dado que es una de las tareas más difíciles e importantes de la vida profesional puede que sea aconsejable retrasar el encuentro hasta que se encuentre en condiciones adecuadas de abordar esa tarea(27).

Francesc Borrel Carrió, médico de familia español, fundador del grupo de Comunicación y Salud de la semFYC y autor de numerosos artículos y varios libros de comunicación asistencial y humana, habla de la importancia de la posición interna del profesional. Consiste en su estado de ánimo, la capacidad y actitud para escuchar al paciente y el compromiso y energía que está dispuesto a dedicar a la relación. “Somos menos cordiales y empáticos, y estamos menos comprometidos con el paciente de lo que suponemos”(35). Cuando el profesional se prepara para informar de una mala noticia debe reflexionar por un momento acerca de su posición interna.

Antes de dar una mala noticia, conviene repasar toda la información disponible sobre el proceso de salud de nuestro paciente y saber de dónde se parte. También es necesario conocer datos sobre su situación sociodemográfica, nivel cultural, nivel educativo, su estado económico, sus creencias religiosas y sus relaciones familiares. Otro aspecto que el médico debe tener en cuenta es valorar de antemano la relación médico-paciente, el grado de confianza mutuo, las experiencias previas y la participación de otros profesionales. La entrega de información puede hacerse solo o con la ayuda de otros profesionales del equipo que formen parte del proceso. Los cambios en la organización de la práctica médica hace que en un mismo paciente estén implicados diferentes profesionales lo que conlleva que existan

diferentes fuentes de información por lo que la coordinación a la hora de transmitir malas noticias es un tremendo e inevitable reto(36).

3.6.3 Explorar las ideas y creencias del paciente

Es importante saber lo que le han explicado hasta ese momento. Se pueden utilizar preguntas abiertas como “¿qué es lo que ha escuchado?”, “¿qué entiende de lo que le han dicho hasta ahora?” para indagar cuánto sabe el paciente.

Una de las cuestiones más complicadas para los profesionales es evaluar qué es lo que quiere saber el paciente. En este punto, no se debe interrumpir, ni corregir o modificar información que el paciente diga(27). Con el objetivo de completar esta información se pueden utilizar preguntas como “¿le gustaría que le dijese todos los detalles de su proceso? En caso contrario, ¿hay alguien a quien preferiría que yo se lo contase?” Estas referencias serán el punto de partida.

3.6.4 Individualizar la manera de dar malas noticias y su contenido

Como hay pocas características de los pacientes sobre las que se pueda predecir qué tema será el más importante para ellos, el médico se debe enfrentar al reto de individualizar la manera de dar malas noticias y su contenido, según las necesidades y deseos del paciente.

La cantidad de información deseada también varía en función de cada paciente y del momento de la enfermedad. Resulta difícil predecir las preferencias individuales, por lo que se debe preguntar a todos los pacientes cuánta y qué tipo de información desean y así adaptar el discurso a las sus preferencias, su nivel de comprensión, a su ritmo de integración y a su situación emocional.

3.6.5 Advertir al paciente que se le va a comunicar una mala noticia

Conservando una postura cálida y humana, la literatura recomienda decir frases introductorias a la mala noticia como “lamento no tener buenas noticias...”, “siento tener que comunicarles...”, “desafortunadamente...” porque permiten que el paciente se prepare para recibirla(37).

3.6.6 Prestar especial atención a la comunicación no verbal

Se debe cuidar la comunicación no verbal (un 60% de la comunicación según el antropólogo Edward Hall). La mirada ha de ser directa a los ojos, pero no fija que pueda intimidar. El gesto amable, ni alegre ni demasiado serio. El tono medio, con voz firme sin que resulte autoritaria ni temblorosa y controlando la prosodia(36). Carrió dice que “no hay nada más desagradable que te comuniquen una mala noticia con una prosodia de locutora de telediarario”(35). Mostrar seguridad e interés con una actitud y postura relajada y comprensiva contribuye a la satisfacción del paciente(38). (Fig. 3)

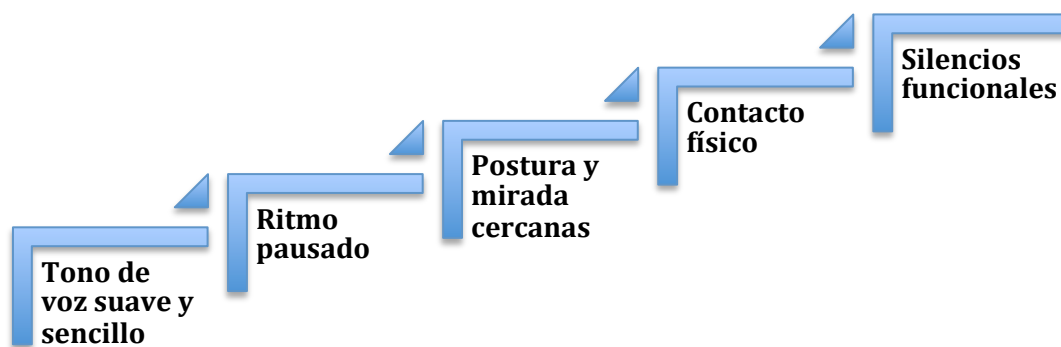


Figura 3. Comunicación no verbal

3.6.7 Utilizar un lenguaje claro y comprensible adecuado al paciente

También se debe cuidar la comunicación verbal. Dar la noticia de una manera clara, sensible, concisa, sin eufemismos y con palabras comprensibles que permita que el paciente entienda el mensaje. Es importante el contenido emocional de las palabras para no causar mayor impacto del necesario, por lo que se debe evitar hablar con tono lúgubre ni utilizar expresiones como “el tratamiento no ha hecho nada” (en lugar de “el tratamiento no ha ido como se esperaba”), “las cosas van mal” (en vez de “parece que las cosas no van bien”). En lugar de utilizar palabras o términos de alto contenido emocional, es preferible usar palabras neutras. (Fig. 4)

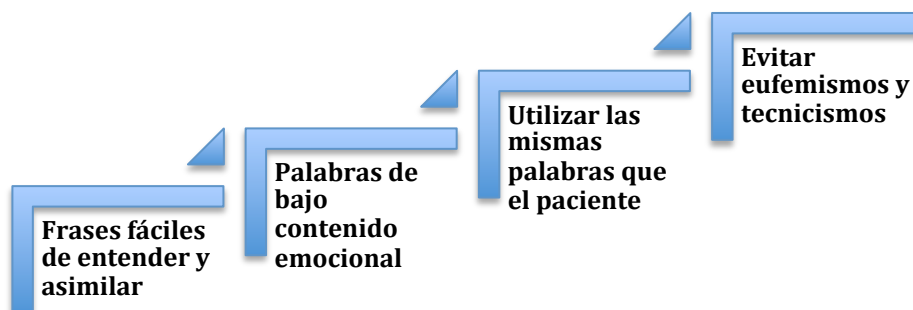


Figura 4. Comunicación verbal

3.6.8 Dar una dosis de información asimilable y hacer pausas

Es recomendable no dar mucha información de golpe, si no dar pocos conceptos de cada vez y dejar que se vayan asimilando. También es altamente aconsejable hacer pausas, respetar los silencios y verificar si el paciente comprende lo que se le quiere decir. De este modo, se puede adaptar el ritmo, profundidad y características de la información en función de lo que vaya necesitando en cada momento. Francesc Borrell sugiere que, en este punto, pueden ayudar comodines como “¿me sigue?”, “¿qué desearía usted que le amplíe?”, “¿desea compartir esta información con algún familiar?”(35). Además de preguntar específicamente sobre lo que entendió, una estrategia alternativa es realizar resúmenes sobre lo que hemos

comunicado y verificar, tanto no verbalmente como verbalmente, el nivel de comprensión de lo resumido.

3.6.9 Saber escuchar

Por otro lado, es de vital importancia saber escuchar. Se debe considerar una habilidad comunicativa muy valiosa para el facultativo y tan o más importante que cualquier otra. Proporciona al médico una guía acerca de la dirección que necesita seguir la conversación. (39) Escuchar no significa retenerlo todo ni tampoco fingir atención. No requiere solo oír lo que dice la otra persona, sino también estar atento al lenguaje corporal, tono de voz y comprender lo que realmente está comunicando. Lim propone el acrónimo ICE en inglés (Insight, Concerns, Expectations) para tratar de entender las percepciones reales de los pacientes y familiares. Consiste en explorar 3 áreas: el conocimiento, las preocupaciones y las expectativas de las personas que se atienden(40).

3.6.10 Ofrecer una esperanza realista

Que los enfermos necesitan esperanza es algo ampliamente aceptado, sin embargo, no hay ningún protocolo basado en la evidencia que muestre cómo puede el médico ayudar al paciente a encontrar la cantidad adecuada de esperanza.

Informar utilizando frases como “todo saldrá bien” o “seguro que mejora” que intenten transmitir optimismo y seguridad solo tienen utilidad si están fundamentadas en una argumentación clínica que las haga oportunas. Son un riesgo ya que si finalmente el paciente evoluciona mal, pueden echar en cara esas palabras al facultativo.

Sin embargo, dar noticias difíciles, por muy malas que sean, no significa dejar sin esperanza a los pacientes. Hay otros aspectos en los que ayudarse y donde se pueden centrar las esperanzas: el plan de actuación y seguimiento; todo aquello que se hace para mejorar su situación y aliviar sus síntomas. No debemos olvidarnos en este punto de abordar temas psicológicos, sociales o espirituales. Por muy pequeñas que sean estas medidas pueden ayudar a la persona a soportar una situación difícil(6).

Un gran defensor de este estilo optimista o esperanzado es Brewin, quien nos recomienda la siguiente estrategia para abordar los casos más difíciles: empezar en el orden inverso que se suele usar, es decir, por las medidas de tipo diagnóstico y terapéutico e ir después hacia el pronóstico(41). En la tabla se muestra un diálogo escrito por Borrell i Carrió de un médico con un paciente que presenta neoplasia de colon recién biopsiada(42). (Tabla 1)

1. <i>Médico</i>	Bueno, ya tengo todas las pruebas, y a continuación lo que haremos será un plan que incorpora quimioterapia y radioterapia
2. <i>Paciente</i>	Así que se ha confirmado que el tumor era malo
3. <i>Médico</i>	(Sin confirmarlo) La buena noticia es que lo hemos pillado muy pronto. Todos los procedimientos se han hecho en apenas unas semanas. Esto nos hace prever un pronóstico favorable
4. <i>Paciente</i>	Pero llegaré a viejo, ¿no?
5. <i>Médico</i>	Tengo casos como el suyo que han ido muy bien, no veo por qué razón el suyo no debería ir igual. Pero ahora hay que mentalizarse de que hay que luchar, y de que hay que hacerlo con el mejor estado de ánimo posible. Usted ponga el ánimo y yo pondré todo lo que sabe hacer hoy por hoy la medicina, ¿qué le parece?

Tabla 1. Diálogo aplicando un estilo optimista a la comunicación de malas noticias

Borrell utiliza este diálogo como ejemplo para comentar varios aspectos del estilo esperanzado propuesto por Brewin:

- El médico no necesita confirmar la malignidad del tumor, ya que al no desmentirlo ya lo confirma.
- Enfatiza el aspecto positivo: “Lo hemos pillado muy pronto”.
- A la pregunta sobre su pronóstico “¿voy a llegar viejo?”, no responde ni “por supuesto que sí” ni “sinceramente es poco probable”. Ofrece algo intermedio en cuanto al nivel de positivismo como “otros pacientes como usted lo están consiguiendo” o “lo más realista sería pensar en un horizonte de lo que vamos a hacer en los próximos 5 años, más que en llegar a viejo”.

Otra práctica que cuenta Borrell es la llamada técnica de “la buena y mala noticia”: “Debo informarle de que tengo una buena y una mala noticia. La mala es que le hemos encontrado células malas en la biopsia. La buena es que el hallazgo lo hemos hecho tan pronto que el tratamiento es muy eficaz”.

Es decir, se trata de que los médicos se esfuercen para ofrecer una esperanza realista. Ni crear seguridades prematuras ni tampoco dejar al paciente sin ilusión.

3.6.11 Ser empático

La comunicación empática es reconocida en múltiples estudios como un estilo comunicativo que influye psicológicamente en los pacientes, mejora la retención de la información, la adherencia al tratamiento, la satisfacción y además genera menos quejas y reclamaciones.(43–

45) Un estudio aleatorizado de encuentros con vídeos estandarizados demostró que introducir 40 segundos de lenguaje empático en la entrega de información logra disminuir el nivel de ansiedad de los pacientes(46). Es importante que el médico demuestre sensibilidad y comprensión al dar malas noticias, independientemente de su perspectiva.(30) Un estudio sugiere que “el sentimiento de ser entendido por otra persona es intrínsecamente terapéutico”(47).

La empatía se define en la Real Academia Española como la “capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos”. Los estudios sugieren que los médicos muestran poca empatía ante las respuestas emocionales de los pacientes por lo que parece un aspecto con gran margen de mejora en el futuro(48).

3.6.12 Apoyar la respuesta emocional del paciente, la expresión de preguntas, expectativas o creencias

Quizás sea la recomendación más compleja de aplicar: abordar las respuestas emocionales del paciente y los acompañantes. Se trata de responder a las emociones con empatía como se ha dicho en el punto anterior. Las señales emocionales pueden ser verbales o no verbales. Estando atento a la comunicación no verbal del paciente, gestos y expresiones que manifiesta y a aquellas que debería exponer pero que están ausentes, se podrá intuir cómo procesa la información.

Maguire y Faulkner proponen sistematizar la respuesta siguiendo seis pasos: identificar la emoción; etiquetar la emoción; legitimar/comprensión/normalizar; respeto; indagar más y más; y apoyo(49). Se debe observar la reacción de la persona, reconocer la emoción experimentada e identificar el motivo de esa emoción que puede estar directamente relacionado con la noticia, o estar en relación con otros factores del individuo. También hay que tratar de nombrar las emociones que están ocurriendo y normalizar su reacción ante respuestas emocionales de derrumbe legitimando su derecho a sentirse así. Ante las expresiones de duda, el clínico utilizará una respuesta evaluativa de tipo “no le veo muy convencido” e intentará indagar si hay algo más que le preocupe. (Tabla 2)

Identificar la emoción	<i>"¿Qué sentimientos le provocan estas noticias?"</i>
Etiquetar la emoción	<i>"Parece que se siente enfadado por lo que le ha pasado"</i> <i>"Así que le asusta..."</i>
Legitimar/comprensión/ normalizar	<i>"Es normal tener sentimientos de este tipo..."</i> <i>"Es normal que llore..."</i>
Respeto	<i>"Debe ser duro para usted"</i>
Indagar más y más	<i>"¿Hay algo más que le preocupe?"</i>
Apoyo	<i>"Veámos qué podemos hacer..."</i>

Tabla 2. Ejemplos de los seis pasos de Maguire y Faulkner

3.6.13 Informar es iniciar un proceso de acompañamiento

Es importante entender que informar de malas noticias no se suele limitar a un encuentro puntual si no que muchas veces supone iniciar un largo y complejo proceso de acompañamiento de un paciente que se enfrenta a un problema de salud(34). Son los profesionales tanto del hospital como los de atención primaria los que tendrán un contacto estrecho y continuado con el paciente y quienes serán los cuidadores en todo el camino proporcionando toda la ayuda y apoyo que necesiten.

Como afirmaba Albert Jovell, quien fue médico y paciente oncológico, “algunos médicos te informan pero no te comunican, te oyen pero no te escuchan y te atienden pero no te acompañan”.

3.6.14 Establecer una alianza terapéutica con los familiares

La familia y seres queridos, en el caso de estar presentes, pueden convertirse en el principal soporte emocional y físico del paciente. En el apartado sobre las barreras de la comunicación, se ha comentado que los acompañantes pueden ser considerados como una barrera para la comunicación con el paciente, sin embargo, el médico debe intentar establecer una alianza terapéutica con ellos y concederles el protagonismo que conlleva tener el papel de cuidador principal. Al apoyar a la familia, se apoya indirectamente al paciente(50).

Se trata de identificar estrategias de afrontamiento del paciente y reforzarlas. Para potenciar los recursos familiares se pueden utilizar frases como “son ustedes una familia muy unida” sin olvidarse de elogiar y reconocer los esfuerzos realizados por el paciente.

3.6.15 Marcar unos plazos, un plan

Cuando el paciente y familiares hayan disminuido sus emociones y se encuentren más tranquilos, se procederá a fijar nuevos objetivos que se harán a partir de ese momento. Una mala noticia no se puede cambiar ni evitar, sin embargo, siempre queda algo que se pueda hacer.

La incertidumbre es una fuente de ansiedad muy significativa, en cambio, tener planes futuros puede disminuir la angustia de la persona. Por eso, se debe planificar una intervención multidisciplinar; médico-enfermera-farmacéutico. Explicar y pautar los mejores tratamientos posibles.

No se debe dar por seguro el cumplimiento del tratamiento, ni tampoco olvidarse de darle otra cita porque “volverá antes de lo que quisiéramos”. La mayor parte de visitas deberían terminar con el “vuelva en...meses para...”(28). Además, es recomendable que el médico explique qué hacer y dónde acudir si las cosas no suceden como estaban previstas.

3.7 ¿PROTOSCOLOS?

Hay pocos estudios que hayan evaluado las estrategias para dar malas noticias. Varios grupos profesionales han publicado guías consensuadas sobre cómo discutir malas noticias, sin

embargo, pocas de las pautas están basadas en la evidencia. Muchos estudios pecan de limitaciones metodológicas(5).

3.7.1 Protocolo SPIKES

El protocolo por excelencia es el SPIKES publicado por Baile et al en el año 2000 en respuesta a los numerosos reclamos por parte de oncólogos de la necesidad de crear un plan a seguir por etapas para comunicar malas noticias a sus pacientes.(51) Los médicos consideraban que del mismo modo que existe un protocolo de parada cardiopulmonar (RCP) o un protocolo para el manejo de la cetoacidosis diabética, ellos sentían la necesidad de contar con una metodología para seguir a la hora de entregar información desfavorable a sus pacientes oncológicos. Así se desarrolló el SPIKES, una guía que consta de seis pasos con el fin de conseguir los cuatro objetivos más importantes en una entrevista clínica de entrega de malas noticias: recolectar información del paciente, transmitir la información médica, proporcionar apoyo a la persona y obtener colaboración del paciente en el desarrollo de una estrategia o plan de tratamiento para el futuro.

Recientemente ha sido traducido al español donde se conoce con el acrónimo de EPICEE convirtiéndose en la base de los procedimientos recomendados por los expertos para dar malas noticias en nuestro país. Las siglas corresponden con Entorno, Percepción, Invitación, Conocimiento, Empatía y Estrategia. (Tabla 3)

S (E)	Entorno Preparar el espacio, el momento y las personas.
P (P)	Percepción Conocer qué es lo que el paciente sabe y su punto de vista.
I (I)	Invitación Encontrar qué es lo que quiere saber el paciente.
K (C)	Conocimiento Compartir la información de manera clara, concisa y comprensible.
E (E)	Empatía Responder con empatía a las emociones.
S (E)	Estrategia Acordar un plan de cuidados y seguimiento.

Tabla 3. Protocolo SPIKES traducido al español (EPICEE)

PASO 1: Preparar el entorno

A veces, el entorno físico hace que las entrevistas sobre temas delicados se tambaleen. Para garantizar que se cumplan los objetivos del encuentro, Baile et al proponen seguir una serie de pautas en este primer paso:

- Buscar un espacio físico con privacidad, es decir, que garantice la intimidad del paciente. Gestionar restricciones de tiempo e interrupciones que puedan condicionar el estado emocional del paciente. Intentar buscar un lugar donde se pueda estar el tiempo necesario, evitar pasillos y habitaciones compartidas, avisar para que no entre gente mientras se esté dentro, desconectar los teléfonos móviles y elegir el momento que permita estar más tiempo (p.ej., la última cita del día o una consulta programada).
- Involucrar a otras personas significativas si el paciente lo desea. Cuando haya muchos miembros de la familia, se debe pedir a la persona que elija a uno o dos representantes de la familia.
- Sentarse. El simple hecho de sentarse relaja al paciente y es señal de que el profesional no se apresurará. Al hacerlo, es importante que no haya barreras entre el médico y el paciente. Por supuesto, si previamente el doctor ha estado explorando al paciente, debe permitir que se vista antes de la discusión.
- Conectar con el paciente. Mantener contacto visual puede resultar incómodo pero es una forma de establecer una buena relación. Tocar el brazo o la mano puede ser otra forma de hacerlo, aunque esto último puede que no resulte cómodo para todos los pacientes, por lo que se debe individualizar.

PASO 2: Evaluar la percepción del paciente

Tanto este paso como el siguiente tratan de evaluar cómo el paciente percibe su actual situación médica, qué es y si es grave o no. Para ello, el médico puede:

- Utilizar preguntas abiertas y averiguar qué hechos del proceso conoce.
- Corregir interpretaciones erróneas del proceso y de las alternativas terapéuticas y adaptar las malas noticias a lo que el paciente entiende.
- Determinar si la persona tiene falsas ilusiones, expectativas poco realistas del tratamiento o si está omitiendo detalles médicos esenciales de su enfermedad.

“¿Qué idea se ha hecho usted hasta ahora de lo que le pasa?”

PASO 3: Obtener la invitación del paciente

A pesar de que la mayoría de la gente expresa su deseo de obtener información médica sobre su diagnóstico, pronóstico o diversos detalles de su enfermedad, algunos pacientes no lo hacen. Es labor del facultativo averiguar hasta dónde quiere saber qué le está ocurriendo realmente. Es conveniente conocer lo que es prioritario para el paciente en ese momento y no

anteponer lo que el médico desea decir, porque puede resultar discordante con los deseos de información del paciente.

En el caso de que la persona no desee conocer los detalles, el médico debe dejarles la puerta abierta a responder cualquier pregunta que puedan tener en el futuro o hablar con un familiar o amigo si así lo deseara.

“Bueno, no sé si es usted de los que quiere todos los detalles o prefiere una idea general”

PASO 4: Dar conocimiento e información al paciente

Si en el paso anterior el paciente ha hecho saber su deseo de conocer la realidad de su situación, se procederá a dar la información:

- Es conveniente anunciar al paciente que se van a dar malas noticias ya que puede disminuir el impacto ocasionado por la información desfavorable.
- La transmisión de la mala noticia debe ser sensible, honesta, cálida y respetuosa.
- La información debe ser clara y concisa, utilizando un vocabulario comprensible para el paciente evitando palabras técnicas.
- Evitar la brusquedad excesiva ya que probablemente haga que el paciente se aíse y se enfade con el mensajero de las malas noticias.
- Cada cierto tiempo conviene hacer pausas y resumir la información permitiendo al paciente comprobar la asimilación de la información y clarificarla.

“¿Me entiende?”, “¿Quiere que le aclare alguna cosa en particular?”

PASO 5: Abordar las emociones con respuestas empáticas

Esta etapa puede ser la más compleja y es fundamental manifestar paciencia, respeto y sobretodo empatía. El paciente necesita saber y sentir que su sufrimiento se comprende.

La empatía es un componente la ansiedad del paciente y aumenta su confianza en los médicos. Los oncólogos son considerados por sus pacientes como una de sus fuentes más importantes de apoyo psicológico

“Entiendo que esté asustada, necesita un tiempo para ir adaptándose, ya verá como lo irá afrontando con más fuerza, es lo normal”

PASO 6: Acordar un plan terapéutico y resumen

Una vez verificado si es el momento de hacerlo, se comenzará a establecer un plan de seguimiento y tratamiento:

- Los pacientes que tienen un plan claro para el futuro se sienten menos ansiosos e inseguros.

- Es necesario comprender los objetivos específicos de cada paciente.
- Hacer partícipe al paciente en la toma de decisiones y ofrecer alternativas que refleje que sus preferencias son tenidas en cuenta.
- Compartir la responsabilidad en la toma de decisiones puede reducir la sensación de fracaso por parte del médico cuando el tratamiento no es efectivo.
- Registrar lo informado para conseguir la continuidad informativa en el equipo.

Este protocolo (SPIKES) fue diseñado para el área de oncología, sin embargo, a lo largo de los años se ha ido adaptando a otros servicios como la ginecología y obstetricia, radiología, unidades de cuidados intensivos, urgencias y oftalmología(37,52,53).

De acuerdo con los criterios del Proyecto Milestone(54) y los resultados de un estudio piloto publicado en 2016 sobre el primer programa de capacitación formal para residentes de oftalmología, el SPIKES es un protocolo fácil de aprender, efectivo y adaptable a los oftalmólogos. Se considera una estrategia que ejemplifica una “técnica apropiada para dar malas noticias”(55).

3.7.2 Protocolo SHARE

Otro protocolo propuesto recientemente es el SHARE(56) (tabla 4). En este protocolo se recogen las cuatro etapas: 1) crear un ambiente de apoyo; 2) considerar cómo transmitir las noticias; 3) discutir información adicional que los pacientes quieran saber; 4) proporcionar tranquilidad y apoyo emocional.

S	Setting up Crear un ambiente de apoyo para la entrevista.
H	Considering Considerar cómo entregar las malas noticias.
A	Discussing Discutir información adicional que los pacientes deseen saber.
RE	Providing reassurance and empathic responses Brindar tranquilidad y abordar las emociones con respuestas empáticas.

Tabla 4. Protocolo SHARE

El programa está diseñado para oncólogos y basado en las preferencias de los pacientes con respecto a la comunicación de malas noticias. Se centra, sobre todo, en el cuarto y último paso (RE) ya que resulta lo más importante para los pacientes y a su vez, lo más complicado para los profesionales.

3.7.3 Protocolo EMPATHY

Otra herramienta que puede ser útil durante las conversaciones difíciles en la consulta del médico es el EMPATHY(57) (tabla 5). Contiene los principios esenciales para la comunicación de resultados fallidos de las pruebas de diagnóstico. Una aplicación específica del protocolo es informar a los padres sobre los resultados de las pruebas genéticas de sus hijos durante el proceso de asesoramiento genético.

E	Emotions Demostrar apoyo emocional al paciente tras comunicar los resultados de los tests.
M	Meeting El lugar de reunión con el paciente y el tiempo previsto para ello son muy importantes.
P	Patient's perspective Utilizar algunas frases introductoras permite al paciente adaptarse mejor.
A	Adequate language Utilizar un lenguaje comprensible para las personas a quien se transmiten los resultados de las pruebas.
TH	Truth and hope Respetar el derecho del paciente a la verdad sobre su enfermedad pero de una manera que no le quite la esperanza.
Y	Yes for patient empowerment Sí al empoderamiento del paciente. Mantener su autonomía y desarrollar su responsabilidad.

Tabla 5. Protocolo EMPATHY

Un metanálisis y revisión sistemática (2018) mostró que las intervenciones basadas en el SPIKES para dar malas noticias se asociaron con grandes y significativas mejorías en las habilidades comunicativas de los participantes, mientras que las intervenciones basadas en otras estrategias como el SHARE, obtuvieron mejorías más moderadas(16).

El camino a seguir puede ser utilizar protocolos como SPIKES como marco durante la formación de habilidades para comunicar malas noticias, pero enfatizar el individuo y las relaciones más allá de los seis pasos. Como señalan Bousquet et al, los médicos son cada vez

más capaces de individualizar tratamientos para avanzar en la medicina genómica y, sin embargo, les cuesta aplicar un enfoque personalizado en la enseñanza de habilidades de comunicación(29).

4. Conclusiones

La comunicación de malas noticias es una práctica clínica muy habitual, presente en múltiples especialidades tanto médicas como quirúrgicas y de enorme importancia que, a lo largo de los años, ha tendido a ser infravalorada.

Para entender cuándo una noticia es considerada como “mala” debemos pensar en toda aquella información que afecte negativa y gravemente a las expectativas de futuro de un individuo, es decir, tiene un alto componente subjetivo que dependerá del propio paciente.

Los estudios revelan que el cambio vivido en las últimas décadas en la atención sanitaria hacia el nuevo estilo de empoderamiento del paciente que respete el derecho a su autonomía, va de la mano con que cada vez sean más los pacientes que desean ser informados de su diagnóstico, pronóstico o tratamiento. Informar de manera clara y honesta significa respetar el derecho de autonomía del paciente y capacitarle para participar en la toma de decisiones con conocimiento del problema, adecuadas a sus deseos y valores. Además, la evidencia actual muestra que una buena comunicación aumenta la adherencia al tratamiento, disminuye el estrés psicológico de las malas noticias, reduce la confusión, mejora la adaptación y el afrontamiento del proceso, mejora la relación médico-paciente y reduce las reclamaciones por mala práctica.

En una sociedad en la que estar informados tiene un peso cada vez más grande, parece necesario que los programas educativos evolucionen en esa misma dirección y otorguen a las habilidades comunicativas el valor que se merecen. En los estudios revisados, los médicos y residentes reconocen tener una falta de confianza y de destreza a la hora de realizar esta habilidad clínica básica, lo que les genera gran estrés emocional e insatisfacción. Esta inseguridad parece estar directamente relacionada con la carencia actual de formación profesional en técnicas de comunicación. Tanto estudiantes de medicina, como residentes o médicos se beneficiarían enormemente y podrían ayudar mejor a sus pacientes en el momento en el que más lo necesitan sintiéndose más gratificados y satisfechos.

En esta revisión bibliográfica, se han recopilado una serie de recomendaciones generales sobre cómo comunicar una mala noticia a los pacientes, entre las que destacan: a) preparar el entorno, la información y uno mismo; b) conocer qué es lo que sabe el paciente y hasta dónde quiere ser informado, para así poder comunicarle la noticia de una manera individualizada y empática; c) apoyar las respuestas emocionales del paciente y acompañantes, prestando mucha atención a la comunicación verbal y no verbal sin olvidarse de la importancia de saber escuchar; d) proponer un plan de actuación y seguimiento para el futuro potenciando todos los recursos disponibles.

A lo largo de los años se han ido publicando algunos protocolos para dar malas noticias que han ayudado enormemente en la práctica clínica entre los que sin duda destaca el SPIKES. Existe evidencia de que este método propuesto por Baile-Buckman es un modelo de

comunicación empática que obtiene mejorías significativas en las habilidades comunicativas de los profesionales.

La literatura es unánime en cuanto a que se necesita más experiencia en el futuro para proporcionar una base científica a la práctica de comunicar malas noticias ya que esta revisión bibliográfica nos ofrece artículos con recomendaciones prácticas pero rara vez están acompañados de evidencia científica o ensayos rigurosos. Así mismo, son necesarios también estudios que investiguen la experiencia en comunicación de malas noticias con pacientes con enfermedades no oncológicas como cardíacas, respiratorias, endocrinas, psiquiátricas, quirúrgicas, etc. ya que gran parte de las investigaciones existentes se centran en personas con cáncer.

A pesar de la debilidad, los autores coinciden en que la base para futuras investigaciones podría ser seguir una metodología basada en un conjunto de etapas a seguir de manera ordenada pero adaptándose a las necesidades, ritmo, emociones y comprensión de cada paciente. Un modelo de comunicación empático donde se individualice la manera de dar malas noticias y el contenido de la información de acuerdo a las necesidades y deseos de cada paciente podría ser la mejor manera de elaborar una guía de entrega de malas noticias y al mismo tiempo, introducirla en la formación básica de cualquier persona que vaya a ser médico.

5. Bibliografía

1. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. :7.
2. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? Br Med J Clin Res Ed. 26 de mayo de 1984;288(6430):1597-9.
3. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. JAMA. 14 de agosto de 1996;276(6):496-502.
4. Hipócrates, García Gual C, Hipócrates. Tratados hipocráticos. Madrid: Gredos; 2000.
5. VandeKieft GK. Breaking bad news. Am Fam Physician. 15 de diciembre de 2001;64(12):1975-8.
6. Novo Rodríguez JM, Martínez Anta FJ. Doce más una estrategias erróneas para dar malas noticias. Galicia Clínica. 2012;73(3):117.
7. Fujimori M, Uchitomi Y. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. Jpn J Clin Oncol. abril de 2009;39(4):201-16.
8. Cuesta Gaviño J, Martínez Márquez Á, Rodríguez Hurtado Á. Informar o no informar a los pacientes paliativos: ¿qué opinan sus familiares? Med Paliativa. abril de 2012;19(2):58-63.
9. Cox A, Jenkins V, Catt S, Langridge C, Fallowfield L. Information needs and

experiences: an audit of UK cancer patients. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc.* septiembre de 2006;10(4):263-72.

10. Frey MK, Philips SR, Jeffries J, Herzberg AJ, Harding-Peets GL, Gordon JK, et al. A qualitative study of ovarian cancer survivors' perceptions of endpoints and goals of care. *Gynecol Oncol.* noviembre de 2014;135(2):261-5.

11. Lobb EA, Kenny DT, Butow PN, Tattersall MH. Women's preferences for discussion of prognosis in early breast cancer. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* marzo de 2001;4(1):48-57.

12. Rao A, Ekstrand M, Heylen E, Raju G, Shet A. Breaking Bad News: Patient Preferences and the Role of Family Members when Delivering a Cancer Diagnosis. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP.* 2016;17(4):1779-84.

13. Leal RJ. El menor, ¿protagonista de su salud? :7.

14. Stiefel F, Barth J, Bensing J, Fallowfield L, Jost L, Razavi D, et al. Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* febrero de 2010;21(2):204-7.

15. Stovall MC. Oncology Communication Skills Training: Bringing Science to the Art of Delivering Bad News. *J Adv Pract Oncol.* abril de 2015;6(2):162-6.

16. Johnson J, Panagioti M. Interventions to Improve the Breaking of Bad or Difficult News by Physicians, Medical Students, and Interns/Residents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Med.* septiembre de 2018;93(9):1400-12.

17. Littell RD, Kumar A, Einstein MH, Karam A, Bevis K. Advanced communication: A critical component of high quality gynecologic cancer care: A Society of Gynecologic Oncology evidence based review and guide. *Gynecol Oncol.* octubre de 2019;155(1):161-9.

18. Vilà Falgueras M, Cruzate Muñoz C, Orfila Pernas F, Creixell Sureda J, González López MP, Davins Miralles J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Aten Primaria.* enero de 2015;47(1):25-31.

19. Witt MM, Jankowska KA. Breaking bad news in genetic counseling—problems and communication tools. *J Appl Genet.* noviembre de 2018;59(4):449-52.

20. Lesnock JL, Arnold RM, Meyn LA, Buss MK, Quimper M, Krivak TC, et al. Palliative care education in gynecologic oncology: A survey of the fellows. *Gynecol Oncol.* septiembre de 2013;130(3):431-5.

21. Eskander RN, Osann K, Dickson E, Holman LL, Rauh-Hain JA, Spoozak L, et al. Assessment of palliative care training in gynecologic oncology: A gynecologic oncology fellow research network study. *Gynecol Oncol.* agosto de 2014;134(2):379-84.

22. Lamba S, Tyrie LS, Bryczkowski S, Nagurka R. Teaching Surgery Residents the Skills to

Communicate Difficult News to Patient and Family Members: A Literature Review. *J Palliat Med.* enero de 2016;19(1):101-7.

23. Fallowfield LJ. Things to consider when teaching doctors how to deliver good, bad and sad news. *Med Teach.* enero de 1996;18(1):27-30.

24. Setubal M, Gonçalves A, Rocha S, Amaral E. Breaking Bad News Training Program Based on Video Reviews and SPIKES Strategy: What do Perinatology Residents Think about It? *Rev Bras Ginecol E Obstet* RBGO Gynecol Obstet. octubre de 2017;39(10):552-9.

25. Gorniewicz J, Floyd M, Krishnan K, Bishop TW, Tudiver F, Lang F. Breaking bad news to patients with cancer: A randomized control trial of a brief communication skills training module incorporating the stories and preferences of actual patients. *Patient Educ Couns.* abril de 2017;100(4):655-66.

26. Aaronson EL, White BA, Black L, Brown DF, Benzer T, Castagna A, et al. Training to Improve Communication Quality: An Efficient Interdisciplinary Experience for Emergency Department Clinicians. *Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual.* junio de 2019;34(3):260-5.

27. Landa-Ramírez E, López-Gómez A, Jiménez-Escobar I, Sánchez-Sosa JJ. [Breaking bad news in the emergency room: Suggestions and future challenges]. *Rev Medica Inst Mex Seguro Soc.* diciembre de 2017;55(6):736-47.

28. Borrell i Carrió F, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Entrevista clínica: manual de estrategias prácticas. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2004.

29. Bousquet G, Orri M, Winterman S, Brugière C, Verneuil L, Revah-Levy A. Breaking Bad News in Oncology: A Metasynthesis. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 1 de agosto de 2015;33(22):2437-43.

30. Naseem S. «Breaking breast cancer news» with ethnic minority: a UK experience. *J Multidiscip Healthc.* 2018;11:317-22.

31. Wuensch A, Tang L, Goelz T, Zhang Y, Stubenrauch S, Song L, et al. Breaking bad news in China--the dilemma of patients' autonomy and traditional norms. A first communication skills training for Chinese oncologists and caretakers. *Psychooncology.* mayo de 2013;22(5):1192-5.

32. McGee P. The concept of respect in nursing. *Br J Nurs Mark Allen Publ.* 14 de julio de 1994;3(13):681-4.

33. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet.* enero de 2004;363(9405):312-9.

34. Sobrino López A. Comunicación de malas noticias. *Semin Fund Esp Reumatol.* junio de 2008;9(2):111-22.

35. Carrió FB. Cómo dar malas noticias. *FMC - Form Médica Contin En Aten Primaria.*

octubre de 2009;16(8):524-7.

36. Guerra-Tapia A, González-Guerra E. Transmisión de malas noticias en la consulta. *Actas Dermo-Sifiligráficas*. enero de 2013;104(1):1-3.

37. Peckler B, Park I, Gupta A, Mandani K, Haubner L. Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *J Emerg Trauma Shock*. 2010;3(4):385.

38. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician–patient interaction. *Patient Educ Couns*. agosto de 2007;67(3):315-8.

39. Núñez S, Marco T, Burillo-Putze G, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. *Med Clínica*. octubre de 2006;127(15):580-3.

40. Lim RBL. End-of-life care in patients with advanced lung cancer. *Ther Adv Respir Dis*. 2016;10(5):455-67.

41. Singh BS. Relating to the Relatives: Breaking Bad News, Communication and Support. By T. Brewin and M. Sparshott. *ANZ J Surg*. julio de 2002;72(7):478-478.

42. Borrell Carrió F. Afrontamiento emocional de la muerte. Información y comunicación. *FMC - Form Médica Contin En Aten Primaria*. enero de 2005;12:1-13.

43. Visser LNC, Tollenaar MS, van Doornen LJP, de Haes HCJM, Smets EMA. Does silence speak louder than words? The impact of oncologists' emotion-oriented communication on analogue patients' information recall and emotional stress. *Patient Educ Couns*. 2019;102(1):43-52.

44. Little P, White P, Kelly J, Everitt H, Mercer S. Randomised controlled trial of a brief intervention targeting predominantly non-verbal communication in general practice consultations. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. junio de 2015;65(635):e351-356.

45. Zwingmann J, Baile WF, Schmier JW, Bernhard J, Keller M. Effects of patient-centered communication on anxiety, negative affect, and trust in the physician in delivering a cancer diagnosis: A randomized, experimental study: Effects of PCC on Cancer Diagnosis. *Cancer*. 15 de agosto de 2017;123(16):3167-75.

46. Fogarty LA, Curbow BA, Wingard JR, McDonnell K, Somerfield MR. Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. enero de 1999;17(1):371-9.

47. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA*. 26 de febrero de 1997;277(8):678-82.

48. Pollak KI, Arnold RM, Jeffreys AS, Alexander SC, Olsen MK, Abernethy AP, et al. Oncologist Communication About Emotion During Visits With Patients With Advanced

Cancer. *J Clin Oncol*. 20 de diciembre de 2007;25(36):5748-52.

49. Maguire P, Faulkner A. Communicate with cancer patients: 1. Handling bad news and difficult questions. *BMJ*. 8 de octubre de 1988;297(6653):907-9.

50. Ayarra M. Bad news and emotional support. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 16 de abril de 2009 [citado 19 de marzo de 2020]; Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5897/4753>

51. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*. 2000;5(4):302-11.

52. Shaw DJ, Davidson JE, Smilde RI, Sondoozi T, Agan D. Multidisciplinary team training to enhance family communication in the ICU. *Crit Care Med*. febrero de 2014;42(2):265-71.

53. Greiner AL, Conklin J. Breaking bad news to a pregnant woman with a fetal abnormality on ultrasound. *Obstet Gynecol Surv*. enero de 2015;70(1):39-44.

54. Lee AG, Arnold AC. The Next Accreditation System in ophthalmology. *Surv Ophthalmol*. febrero de 2015;60(1):82-5.

55. Hilkert SM, Cebulla CM, Jain SG, Pfeil SA, Benes SC, Robbins SL. Breaking bad news: A communication competency for ophthalmology training programs. *Surv Ophthalmol*. noviembre de 2016;61(6):791-8.

56. Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Kubota K, Katsumata N, Uchitomi Y. Effect of Communication Skills Training Program for Oncologists Based on Patient Preferences for Communication When Receiving Bad News: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 10 de julio de 2014;32(20):2166-72.

57. Jankowska AK. Communication in pediatric oncology. Disclosing a cancer diagnosis. 2014;18(4):123-7.