

# Doce más una estrategias erróneas para dar malas noticias

## *Twelve plus one wrong strategies to deliver bad news*

Jesús Manuel Novo Rodríguez<sup>1</sup>, Francisco Javier Martínez Anta<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico de familia. Centro de saúde da Milagrosa. Xerencia de Atención Primaria de Lugo. SERGAS. Lugo

<sup>2</sup>Médico de familia. Centro de saúde de Meira. Xerencia de Atención Primaria de Lugo. SERGAS. Lugo

¡Cómo nos duele equivocarnos! Los seres humanos generalmente rehuimos aquellas situaciones en las que tememos perder el control y la posibilidad de cometer un error dispara nuestras alarmas. Comunicar al paciente el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su problema de salud son partes nucleares del acto clínico. La comunicación también está sujeta a posibilidades de error: diversas conductas comunicativas pueden desencadenar resultados muy diferentes y utilizar aquella que resulte menos eficaz para las necesidades del paciente puede considerarse un error. La excelencia clínica y el profesionalismo incluyen el correcto manejo de la relación médico paciente; ninguna sofisticación tecnológica puede sustituir al valor de la relación con nuestros pacientes para conseguir el fin último del ejercicio de la medicina: el bien del paciente. A través de la comunicación esperamos obtener la máxima colaboración para poner en marcha las medidas terapéuticas más adecuadas a la situación clínica y a los valores propios de la persona que atendemos.

En las últimas décadas ha cambiado notablemente el estilo de relación con los pacientes. Desde el trasnochado paternalismo y la relación vertical en la que el médico tenía todo el poder de decisión, (incluso de no comunicar el diagnóstico cuando se trataba de algo grave o potencialmente mortal), se ha pasado con frecuencia a la transmisión fría y a veces descarnada de toda la información, aún cuando en algunos momentos resulte excesivo e ineficaz. Las personas a las que atendemos tienen derecho a recibir información para tomar las decisiones apropiadas, pero en un modo que sea útil y adecuado a su situación.

Ofrecemos a continuación algunas ideas de aquellos aspectos que pueden ser inadecuados en el momento de dar malas noticias.

### 1) No valorar el entorno ni el momento

Un pasillo, una sala de espera, una consulta sin privacidad en la que entra y sale personal sanitario, o suena el teléfono, son **escenarios que deben ser evitados** a la hora de abordar las malas noticias. Es la mínima consideración hacia la persona que tenemos delante y será el primer peldaño necesario para desarrollar las habilidades de comunicación que iremos comentando a continuación. Por eso, es preciso hacerlo en una

sala con cierta intimidad, posibilidad de sentarse, etc. Otro aspecto relacionado es buscar el momento más adecuado, para nosotros y para el paciente. Es posible que algunas situaciones clínicas (post-infarto inmediato, trastorno depresivo severo, etc.) desaconsejen la comunicación de una mala noticia. Otras veces se podrá diferir algunos días para no agriar un acontecimiento puntual (imaginemos una celebración familiar el sábado, ¿retrasaríamos la comunicación hasta el lunes?). Los profesionales también podemos estar afectados por alguna situación personal o laboral, sobrecarga, prisa, etc. Es pertinente preguntarse *¿estoy en condiciones de abordar esta tarea ahora?*

### 2) Considerar a la familia como interlocutor excluyendo al paciente

Hasta no hace mucho tiempo (y a veces todavía en la actualidad) la práctica habitual era contactar primero con la familia más allegada para comunicar el diagnóstico. No debemos olvidar que el marco jurídico nos obliga a lo contrario (“...**el depositario de la información es el paciente**...”, dice la ley de autonomía del paciente). Desde el punto de vista de la bioética, y con excepción de ciertas situaciones también especificadas en la ley (*privilegio terapéutico*), tampoco sería aceptable privar a una persona del conocimiento de una circunstancia que puede modificar su expectativa vital. En todo caso, antes de atribuir al supuesto beneficio del enfermo la ocultación de un diagnóstico, pensemos si no se trata de una excusa para ocultar nuestra propia incomodidad.

### 3) Crear seguridades prematuras: “tranquilo, ya verás cómo se soluciona”

Las frases que intentan transmitir seguridad u optimismo solo tienen utilidad cuando reflejan una valoración clínica precisa. Emitidas al principio de un intercambio de información o ante una pregunta, si no están fundamentadas en una argumentación clínica que las haga pertinentes, son un riesgo y un deseo de acallar al paciente. Un riesgo, porque si el proceso evoluciona mal nos echarán en cara esas palabras. En el fondo, con estas afirmaciones de un desenlace positivo, pretendemos silenciar las preocupaciones del paciente por la incomodidad que nos plantea abordarlas en ese momento.

#### 4) Presuponer lo que sabe el paciente

Antiguamente se atribuía al médico la posesión de la información válida sobre las enfermedades. Aún en ese contexto los pacientes obtienen conocimiento de diversa calidad por otros cauces como familiares o conocidos que hayan tenido procesos similares, otros pacientes con los que comparten asistencia, otros trabajadores sanitarios o consultas con otros médicos. Actualmente los medios de comunicación dedican mayor atención a los temas sanitarios y la explosión de internet ha producido un cambio en el acceso a fuentes de conocimiento de fiabilidad variable.

Por ello, **si al comenzar a dar información pensamos que estamos ante alguien que desconoce todo acerca de esa enfermedad, podemos equivocarnos.** Sus ideas pueden basarse en datos erróneos o ciertos, reflejar posturas alarmistas o exageradamente optimistas o no haber sido adecuadamente comprendidas pese a ser certeras. Si averiguamos qué ideas y valoraciones tiene el paciente respecto a sus problemas de salud podremos basarnos en ellas para ampliar su información y modificar o matizar las que reflejen inexactitudes para mejorar su comprensión. Es muy difícil lograr que tenga un conocimiento suficiente de su situación si persisten ideas erróneas que no hayan sido detectadas.

#### 5) Presuponer lo que el paciente quiere saber

Tendemos a pensar que los demás comparten nuestra visión acerca de cuánta información y de qué tipo se debe recibir en una determinada situación. **Si actuamos desde nuestro punto de vista,** sin averiguar cuáles son las necesidades y deseos de información de la persona que tenemos delante y en ese preciso momento, **es muy fácil que nos equivoquemos en el qué, el cómo o el cuánto de la información.**

Las preferencias personales, la capacidad de asimilación en un determinado momento, o la necesidad de un paréntesis, pueden delimitar la cantidad de información que se debe transmitir. Un paciente puede preferir que diversos aspectos de su situación sean abordados por diferentes profesionales. Además tiene un ritmo propio idóneo para recibir e integrar sucesivos fragmentos de su realidad clínica. Es frecuente encontrar sujetos que se muestran interesados y receptivos acerca de las posibilidades terapéuticas y que sin embargo se cierran ante los aspectos diagnósticos. Otros por el contrario dejarán en nuestras manos lo que conviene hacer y nos expresan su preocupación por el pronóstico. Podemos preguntarles para adaptar nuestra actuación a sus preferencias: *¿Le interesa que le explique qué es lo que hemos encontrado o prefiere que comentemos cuáles son los tratamientos?*

#### 6) Considerar que dar la información es el objetivo

Podemos pensar en dar malas noticias como una tarea específica de nuestro quehacer, pensando que aportar la información

es lo importante. De modo similar a cuando el consentimiento informado se convierte en un papel que el paciente tiene que firmar si desea ser intervenido, podemos reducir este proceso a un informe que recoja los datos clínicos y la estimación evolutiva. Sin embargo, **la información solo es útil si puede ayudar al paciente a abordar su situación clínica.** El objetivo, por tanto, debe ser que el paciente disponga de aquella que necesita y desea, de la manera que la comprenda y la pueda utilizar.

#### 7) Considerar que más es mejor

**La información tiene dosis:** dosis escasas carecen de efecto, dosis excesivas son tóxicas. También puede tener efectos secundarios y contraindicaciones que debemos considerar para establecer el balance entre el beneficio y el riesgo como hacemos con otros tratamientos. La información en sí misma puede ser terapéutica. La ansiedad e incertidumbre, en sus diversas formas, son parte del cortejo de síntomas cuando una persona se encuentra ante una enfermedad grave, y una información adecuada contribuye a reducirlas. Además los pacientes informados colaboran más en su tratamiento y tienen mejores resultados. Ajustar la información a las necesidades del paciente y estar atentos a su impacto es el mejor modo de maximizar los beneficios y evitar los problemas que provoca.

#### 8) Utilizar palabras de alto contenido emocional

Las palabras que tienen matiz especialmente negativo (cáncer, maligno, incurable...) producen una reacción emocional que reduce la capacidad cognitiva, de modo que es probable que, a partir de ese momento de la entrevista, poco de lo que se hable sea entendido y mucho menos procesado adecuadamente. Es preferible otro tipo de expresiones ("no es bueno...") que permitan la progresiva aclimatación a la situación real, al ritmo que el propio paciente marque: lo podremos estimar con una aguda observación de su lenguaje (verbal y no verbal). **La maldad de la noticia no puede ser modificada, su impacto sí.**

#### 9) Utilizar tecnicismos

**La jerga médica,** que con tanta fruición empleamos a veces, **provoca confusión** y distanciamiento en los pacientes. El lenguaje técnico supone exactitud pero su conocimiento nos ha llevado años de intensa formación. Es imposible que el paciente lo comprenda por lo que debemos buscar un lenguaje que, por resultarle cercano, aunque no sea tan preciso, logre una comprensión aproximada de lo que estamos expresando. Sucumbir a la tentación de escondernos detrás de un lenguaje exclusivo, en perjuicio de la cercanía que supone explicarlo con sus propias palabras, se escapa del mejor profesionalismo.

#### 10) Tener prisa

Si pretendemos pasar rápido un mal trago, es casi seguro que nuestra actuación no va a conseguir el objetivo de ayudar a que esa persona elabore su realidad clínica. Probablemente **una**

atención apresurada sea siempre el contexto más propicio para cometer errores. La falta de comprensión, un impacto intenso o el incremento de incertidumbre suelen ser el resultado de dedicar un tiempo insuficiente a esta crucial actividad asistencial. Asimismo, una actitud de tener prisa disuade al paciente de realizar preguntas o aclaraciones que le resultan esenciales y transmite una impresión de que el profesional tiene poco interés en ayudarlo. El tiempo necesario para adaptarse a las informaciones, como ya hemos comentado, varía enormemente entre diversas personas.

Pensar que informar es un acto único y concreto es olvidar la realidad asistencial, en la que la situación se modifica constantemente y a cada momento estamos emitiendo señales. La información es un proceso continuo, que acompaña de manera inseparable a cada actividad con los pacientes y que se va construyendo sobre las experiencias previas. Informamos incluso cuando evitamos informar.

### 11) Creer que si se ha dado la información ésta ha sido comprendida

Hay multitud de aspectos que dificultan que el paciente consiga una comprensión certera de la información que transmitimos y, por tanto, que su idea respecto a su situación clínica y perspectivas sea real. La información clínica es habitualmente compleja y frecuentemente imprecisa. Como hemos visto, es difícil expresarla de manera exacta en un lenguaje sencillo y comprensible. Además las vivencias de los pacientes o las emociones que el intercambio de información provoca pueden reducir su capacidad para asimilar la información. También otras preocupaciones de su vida pueden interferir en la posibilidad de llegar a ser conscientes de lo que les ocurre; es obvio que los pacientes con patologías graves siguen teniendo otros ámbitos en su vida que son motivo de su preocupación, y a veces más profunda que la que manifiestan acerca de la enfermedad.

Si estamos atentos a las expresiones que muestra el paciente, y a aquellas que debería mostrar pero están ausentes, podremos intuir cómo elabora la información. Estas expresiones suelen ser no verbales: gestos, signos físicos (palidez, sudoración, aparición de lágrimas, cambios en la respiración, . . .), cambios de postura o de mirada, etc. En general son señales que reflejan las emociones que se despiertan mientras se aborda un tema o reflejo de la opinión (acuerdo, desacuerdo, duda o desconcierto) que predomina en el sujeto. Si percibimos señales que reflejan dificultad en la asimilación o reticencias podremos abordarlas antes de seguir añadiendo información sobre una base inestable. Si somos conscientes de cómo están siendo asimiladas nuestras aportaciones podremos ajustar el ritmo, profundidad y características de las mismas.

### 12) Tirar la piedra y esconder la mano

Esquivar la expresión de emociones en el paciente (“no llores, hombre, tranquilízate” les decimos a veces) esconde el

propio miedo a enfrentarnos a la emoción del otro. La creencia de que esa persona se puede tranquilizar tras haber recibido ese impacto es poco realista. Por el contrario, “*es normal que llores*”, junto con el gesto de ofrecer una caja de pañuelos, es la mejor respuesta ante el presumible derrumbe del paciente o familiares al recibir el diagnóstico. Es esperable que, ante noticias que cambian sustancialmente la visión sobre el futuro, las personas manifestemos emociones intensas. En caso de no aparecer deberíamos interesarnos por su ausencia, que puede reflejar mala comprensión o elaboración, una respuesta de negación o la existencia de otros problemas que modifican su valoración.

### 13) Dejar al paciente sin esperanza

Dar malas noticias, incluso las peores que podamos imaginar, no debe suponer cercenar cualquier atisbo de esperanza. Nunca debemos dar esperanzas infundadas o poco realistas que, probablemente, la evolución derrumbará. Sin embargo existen muchos aspectos en los que podemos ayudar a nuestros pacientes; centrarnos en ellos supone destacar lo que se puede mejorar. El plan terapéutico recoge aquellas actuaciones que pueden mejorar la situación, como el alivio de sus síntomas o el abordaje de temas psicológicos, sociales o espirituales. En esos momentos se suele percibir como algo positivo en lo que centrar las esperanzas. Ciertamente a menudo serán pequeñas, pero ayudan a la persona a encontrar motivos para soportar una situación difícil.

### Conclusión

Un escenario de dar malas noticias, que suponen una perspectiva adversa y grave para nuestros pacientes, es una tarea compleja en la que el modo de realizarla puede conducir a desenlaces muy diferentes. Determinadas actuaciones provocan resultados poco útiles o nocivos, trece de ellas recogidas en este texto. Utilizar las habilidades de comunicación y las estrategias adecuadas puede propiciar que nuestros pacientes alcancen la comprensión y adaptación necesarias para reducir la inevitable afectación que su situación provoca.

### Bibliografía

1. Sanz J. La comunicación en medicina paliativa. *Med Clin (Barc)*. 1992; 98: 416-418
2. Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: semFYC; 2004.
3. Benito E, Maté J, Pascual A. Estrategias para la detección, exploración y atención del sufrimiento en el paciente. *FMC*. 2011; 18: 392-400
4. Clayton J, Hancock K, Butow P, Tattersall M, Currow D et al. Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *Med J Aust*. 2007; 186 (12 Suppl): S77-108.
5. 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. *Oncologist*. 2000; 5: 302-311
6. Prados JM, Quesada F. Guía práctica sobre cómo dar malas noticias. *FMC*. 1998; 5: 238-250.
7. Lizarraga S, Ayarra M, Cabodevila I. La comunicación como piedra angular de la atención al paciente oncológico avanzado. Bases para mejorar nuestras habilidades. *Aten Primaria*. 2006; 38 (Supl 2): 7-13