



Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.

---

---

---



**PROPORCIONANDO MALAS NOTICIAS EN UNA  
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

**TESINA QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN**

**TANATOLOGIA**  
**Generación 2014 2015**

**Presenta: Dr. Octavio Galván Reyes**

**Profesora: Marcela I. Feria. Ochoa: Directora de la  
tesina**



**Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia**

México, D.F. a 06 de Febrero de 2015

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

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

**El Dr. Octavio Galván Reyes**  
Generación 2014-2015

Nombre de la Tesina es:

PROPORCIONANDO MALAS NOTICIAS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA  
INTENSIVA

**Atentamente**

**Profa. Marcela I. Feria. Ochoa: Directora de la tesina**

**Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.**

PROPORCIONANDO MALAS NOTICIAS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA  
INTENSIVA

TESINA QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN

**TANATOLOGIA**

**Generación 2014 2015**

Presenta: El Dr. Octavio Galván Reyes

Profesora: Marcela I. Feria. Ochoa: Directora de la tesina

## **AGRADECIMIENTOS**

Dedico este trabajo a la memoria de mis padres, Eva Reyes S. y J. Juvencio Galván O. QEPD.

A Gelita y a mis hermanos por su comprensión y ayuda.

Y finalmente a este diplomado de Tanatología, así como a sus maestras y maestros que me permitieron superar la ausencia de mis seres queridos y me dieron las armas para crecer como ser humano y como profesionalista, Muchas gracias.

# INDICE

JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVO.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
DEFINIENDO UNA MALA NOTICIA.....	8
ANTECEDENTES HISTORICOS.....	9
DIVERSOS METODOS DE COMUNICACIÓN - EL PROTOCOLO DE BAILE Y BUCKMAN UN ENFOQUE HUMANISTA Y ASISTENCIAL.....	12
OTROS METODOS DE COMUNICACIÓN.....	15
CONCLUSIONES.....	20
BIBLIOGRAFIA.....	22

## JUSTIFICACION

Una de mis motivaciones para realizar este trabajo , fue el darme cuenta de que en las Unidades de Cuidados Intensivos, dado el estado crítico de los pacientes con frecuencia es necesario tener que informar a sus familiares acerca del estado de salud que guardan estos pacientes y que muchas veces se desconoce cómo hacerlo .

Proporcionar malas noticias es una tarea difícil que enfrentamos con bastante frecuencia el personal de terapia intensiva.

Para esto es necesario contar con herramientas que nos ayuden de forma adecuada a tener el tacto la sensibilidad y la capacidad perceptiva para enfrentar estas situaciones

## OBJETIVO

Mejorar la comunicación :Medico –paciente – familia

Aplicación de los modelos de comunicación :

Modelo SPIKE

## INTRODUCCION

Los profesionales de la salud frecuentemente nos encontramos en la situación de tener que dar malas noticias. Podemos definir una mala noticia como aquella que de un modo drástico y negativo altera la visión del paciente y de sus familiares, sobre su futuro. Los factores que dificultan el dar malas noticias pueden provenir del estado sociocultural del paciente o del médico. Este proceso se realiza a través de una delicada interacción que provoca ansiedad en el trinomio médico – paciente – familia.

Por ética, derecho humano y legal, el ser humano tiene derecho a la información y por ende a que le sea comunicado su estado de salud, diagnóstico, pronóstico así como el plan terapéutico y de vida a seguir tras su proceso de enfermedad.

Al igual que se utilizan en la práctica diaria protocolos de actuación para atender enfermedades complejas, los oncólogos Walter F. Baile, Robert Buckman y colaboradores, han propuesto un protocolo para comunicar malas noticias, mismo que puede ser aplicado a nuestra actividad profesional cotidiana en cualquier área de la medicina.

Nuestro principal temor como profesionales de la salud , es provocar dolor con nuestras acciones y palabras; por ello, es indispensable aprender y desarrollar habilidades en comunicación afectivas y efectivas.

Esta revisión proporciona una serie de guías que nos pueden ser útiles cuando tengamos que dar malas noticias.

Palabras clave: Malas noticias, profesionales de la salud, comunicación afectiva, comunicación efectiva, habilidades de comunicación.

La comunicación es un proceso complejo en el cual se desenvuelve el médico y el personal de salud (enfermería y personal paramédico). En dicho proceso podemos cometer muchos errores y transmitir mal la información o, en su defecto, informar lo requerido de un modo inadecuado.

La comunicación de malas noticias es una tarea frecuente y difícil en cualquier área crítica (urgencias, terapia intensiva, terapia intermedia y unidad coronaria) aunque muchas veces nos vemos limitados por tener pocas habilidades al respecto. Este proceso, más allá de los aspectos competitivos y técnicos desarrollados en el personal de salud, requiere de una formación y preparación en habilidades de comunicación en situaciones de angustia y estrés para los pacientes y sus familiares, así como tener presente el apoyo emocional requerido en este ámbito, ya que es una situación de máxima necesidad.

En general, todos los profesionales de la salud aceptamos que no nos gusta y, lo que es peor, no contamos con una enseñanza especializada en cómo dar malas noticias y este proceso, en mi opinión necesitaría ser impartido desde la formación de pregrado, pero desgraciadamente es fuera de un contexto académico cuando lo aprendemos,

## **DEFINIENDO UNA MALA NOTICIA**

Se puede definir una mala noticia como aquella que de un modo drástico y negativo, altera la perspectiva del paciente y de sus familiares, en relación con su futuro. El resultado puede ser un desajuste emocional o conductual que persiste de modo variable mucho tiempo después de que la mala noticia ha sido recibida. Este resultado dependerá de la personalidad de los actores, de sus creencias religiosas, de sus valores, de su contexto sociocultural, del apoyo familiar percibido y de la naturaleza de la noticia per se. A veces, la aspereza de la noticia tiene que ver más con la mala elección del lenguaje utilizado, o con la poca empatía del médico o del personal de salud y otras veces en expresarse en forma despersonalizada

## ANTECEDENTES HISTORICOS

Mucho se ha hablado de la comunicación en medicina en torno a la relación Médico-paciente; desde épocas remotas, Platón en su obra La Republica mencionaba: “No hay discusiones entre médico y paciente sobre las particularidades de cada caso, sino que con aires de superioridad, el medico prescribe algún remedio empírico, cual un dictador cuya palabra no debe ser puesta en duda...”

Con el juramento hipocrático empieza a considerarse la relación médico paciente, así como la actitud que el médico debe mostrar ante el paciente Galeno enfatiza, enérgicamente, que el médico que no domine la ética y la física no llegara a ser un verdadero médico, sino será un simple hombre que prescribe medicamentos.

Por ello, debe procurar no solo la curación corporal del enfermo, sino el alivio de su alma, tratando de aligerar lo pesado de sus dolencias mediante palabras de aliento, de empatía a la que se define como solidaridad emocional. Esto se logra si se utilizan buenas estrategias al hablar, para “no matar con palabras al paciente”, ya que mientras exista vida hay esperanza.

En 1847, el código de la Asociación Médica Americana (AMA) integro la primera declaración ética de los médicos y enuncia : “la vida de una

persona enferma puede ser acortada no solo por los actos si no también por las palabras o las maneras o formas de un médico”. Un aspecto básico en este campo es el uso apropiado de la comunicación no verbal ya que, al menos, 75% de la comunicación es de este tipo.

La Asociación Médica Norteamericana, en 1957 menciona en su Código de Ética: “El objetivo principal de la profesión médica es poder ofrecer un servicio a la humanidad, ante el respeto absoluto por la dignidad del hombre...desarrollando para cada uno, una medida de devoción y servicio”. En 1980 se revisa y agrega: “El médico debe ser dedicado de tal forma, que provea un servicio médico competente, compasivo y respetuoso de la dignidad humana”.

El trabajo que debe realizarse entre los participantes que llevan a cabo la comunicación consiste, por una parte, en la comprensión mutua de lo que se dice con palabras, y por la otra, de un ajuste recíproco de los comportamientos de la mirada, de la observación de todos los gestos, de la proximidad y posición del cuerpo, etc. Coloquialmente se habla con los órganos vocales, pero se conversa con todo el cuerpo, En otras palabras, el cuerpo expresa las emociones cuando nos comunicamos, por ejemplo temblamos cuando tenemos miedo, gesticulamos cuando hay dolor, saltamos de alegría, enrojecemos de vergüenza. Por eso se dice que el cuerpo es el origen de toda comunicación involuntaria o voluntaria.

La información no verbal es ,a veces superior a la verbal ya que su impacto es inmediato :de allí la importancia del equipo de salud en su relación con el enfermo, los cuales no solo deben desarrollar la

capacidad de escuchar lo que el paciente dice, sino también la de observar para poder interpretar la comunicación no verbal y su “lenguaje emocional” y así elaborar una historia clínica completa para atender íntegramente al paciente

Dentro de la convivencia humana, la relación médico- paciente es una de las más complejas e intensas ya que tanto el paciente como el medico dependen mutuamente de saber del otro, de sus deseos de sanar y de su compromiso en el proceso terapéutico. Es una interacción entre personas que tiene su origen en el quehacer clínico y constituye el núcleo fundamental de las medicina.

W.Osler decía: “El hombre tiene dos oídos y una boca precisamente para escuchar el doble de lo que hablar”. Un proverbio chino menciona que: “Tenemos dos ojos, dos oídos y nada más una boca, lo que significa que debemos mirar dos veces escuchar dos veces y hablar lo menos posible.”

Y Philippe Pinel afirma que son dos actitudes necesarias para mantener la relación médico-paciente: saber mirar y saber escuchar. Pero sobre todo Tissot enseñó a sus discípulos a hacer preguntas; este método es lo que hoy se llama interrogatorios por aparatos y sistemas que afirma: “No es la mirada misma la que tiene el poder de análisis y síntesis, si no el lenguajes el que da la verdadera síntesis que se añade como una recompensa a la mirada vigilante del que escucha”. Dar malas noticias, no depende de decir u ocultar la verdad, sino, como informar el diagnóstico y pronostico al paciente. El médico que oculta la verdad conspira en silencio y puede ser acreedor a una

sanción. Recordar la frase de Santa Teresa “Suave es la verdad si se sabe aderezar con la caridad”:

Para que la comunicación se realice con éxito es necesario un código (mensaje), un emisor (quien proporciona la información) y un receptor (quien recibe la información).

## **DIVERSOS METODOS DE COMUNICACIÓN - EL PROTOCOLO DE BAILE Y BUCKMAN UN ENFOQUE HUMANISTA Y ASISTENCIAL**

De todas las áreas de la medicina, este proceso ha sido por excelencia una aportación importante de la oncología. Al igual que se utilizan en la práctica diaria protocolos de actuación para atender enfermedades complejas, los oncólogos Walter F. Baile, Robert Buckman y colaboradores, idearon un protocolo para comunicar malas noticias (Protocolo SPIKE: S =Setting the interview - ajuste de la entrevista-, P =Perception -percepción sobre el paciente-, I= invitation-invitación-, K =Knowledge -conocimiento- y, E = Emotions and empathic responses -emociones y respuesta empática.

El uso de este protocolo se ha extendido a todas las áreas de la medicina y de modo general nos invita a cumplir con las siguientes recomendaciones:

1. Reunir toda la información disponible del enfermo y de su enfermedad. Esto permitirá al personal de Salud determinar lo que sabe el paciente y sus Expectativas con respecto al diagnóstico.
2. Suministrar información inteligible en consonancia Con las necesidades y deseos del paciente.
3. Aportar habilidades de comunicación que permitan Reducir el impacto emocional que la mala noticia Tiene sobre el receptor.
4. Elegir en conjunto un plan de tratamiento que permita un alto grado de cooperación del pacientey familiares.

#### Etapas

- Etapa primera. Preparar el entorno.

—Se requiere ya la certeza del diagnóstico y tomar en cuenta el entorno, lugar, hora, circunstancia, apoyo de compañeros o familiares, etc.

- Etapa segunda. ¿Qué se sabe?

— Averiguaremos qué se sabe de la enfermedad a través de preguntas abiertas y con técnicas de apoyo narrativo:

— ¿Qué te han dicho en el hospital?

— ¿Estás preocupado por tu enfermedad?

— ¿Qué piensas tú de tu enfermedad?

- Etapa tercera. ¿Qué se quiere saber?

—Averiguaremos qué se desea saber facilitándole Que el paciente y/o sus familiares lo hagan:

“¿te gustaría que te explicara más de tu enfermedad?”,

“¿quieren que les comente algo de la enfermedad que padece su familiar?”.

Necesitamos aceptar los silencios, las evasivas o las negativas y dar siempre la posibilidad de continuar la plática en un momento más apropiado si así se desea.

- Etapa cuarta. Compartiendo la información.

- La información debe ser ofertada de un modo gradual, dando tiempo a que el paciente y sus familiares vayan asimilando la gravedad de la enfermedad, sobre todo si se tienen expectativas infundadas de mejoría clínica.

- Etapa quinta. Responder adecuadamente a los sentimientos del paciente y/o familiares.

- Desde el punto de vista ético y moral, sólo deberíamos dar malas noticias si estamos dispuestos, comprometidos y capacitados en apoyar al paciente y familiares emocionalmente.

- Las reacciones más frecuentes en este proceso son ansiedad, miedo, tristeza, agresividad, negación y ambivalencia. Todas las respuestas pueden mezclarse en el tiempo y debemos respetarlas, estar atentos para poder ayudar de un modo efectivo y afectivo.

- Debemos recordar que es en esta etapa cuando puede aparecer el dolor y la soledad más profunda, sobre todo si la información no ha sido clara y compartida por el entorno. La forma más eficaz de contrarrestar las reacciones de los pacientes es ofreciendo apoyo y solidaridad mediante una respuesta empática

- Etapa sexta. Estableciendo un plan conjunto de cuidados.  
—La secuencia lógica hasta esta etapa sería la siguiente: informamos, recogemos la respuesta emocional y ofrecemos un plan de cuidados al paciente en conjunto con sus familiares. Nos comprometemos a apoyar, a aliviar los síntomas, compartir las preocupaciones y miedos.

## **OTROS METODOS DE COMUNICACIÓN**

La doctora Sherr, en su libro *Agonía, muerte y duelo*, menciona los siguientes aspectos al personal de salud cuando se dan malas noticias:

- Estar en un ambiente propicio para hacerlos.
- Respetar la intimidad, confidencialidad y se anticipe la necesidad de conceder suficiente tiempo para contestar todas las preguntas pertinentes.
- Proporcionar las noticias con franqueza y claridad.
- No postergar ni titubear aunque sea difícil comunicar malas noticias
- Mantener la confianza en usted mismo: este punto puede ser el único positivo de toda la sesión
- No generar falsas expectativas y realidades para facilitar el proceso.
- Responder siempre al paciente con certeza y veracidad.

-Cerciorarse que el paciente y la familia cuenta, con el suficiente tiempo para asimilar cualquier duda y que las mismas regresen una y otra vez

-Las personas tienen necesidades físicas, psicológicas y prácticas. La manera en que se les proporcione la información determinará como enfrentaran las situaciones negativas a largo plazo. La comunicación adecuada hace la diferencia entre una persona desesperada o alguien que puede cerrar círculos de manera apropiada.

El Profesor Paolo Marchetti menciona la importancia en medicina de cómo dar malas noticias. Se debe cambiar el por qué al para qué. Alto porcentaje de pacientes prefieren morir en casa, Los médicos no saben cómo dar las malas noticias. El problema es cómo decirlo, es un derecho del paciente por lo que un buen método es hacer una buena historia clínica ayudados de un diagnóstico correcto con el fin de lograr una terapéutica y planeación adecuada. Siempre debe evitarse ser brusco, dar información al paciente y no al familiar, Sólo por mencionar, en una enfermedad de cáncer de pulmón hay mucha culpa por que, generalmente los familiares que rodean al paciente le dicen que él se lo buscó.

A continuación se expone el método del doctor Marchetti:

a ambiente	P percepción	I invitación	K conocimiento	E Emoción	S Estrategia
<p><b>Objetivo:</b></p> <p>Recomendable o aconsejable que el médico este sentado, que establezca un buen contacto ocular con el paciente y que mantenga un contacto físico apropiado</p>	<p>Es necesario conocer lo que sabe el paciente sobre la enfermedad antes de proceder a dar malas noticias</p>	<p>Averiguar hasta donde quiere el paciente saber de su enfermedad. El médico debe pedir permiso para dar malas noticias</p>	<p>Los médicos tenemos que dar la información de tal forma que los familiares o el paciente puedan entender utilizando un lenguaje menos técnico.</p>	<p>Es necesario explorar las emociones de los familiares entendiéndolas y transmitiendo comprensión</p>	<p>En este parte es necesario resumir lo que se ha hablado comprobar lo que se ha comprendido y formular un plan de trabajo y seguimiento.</p>

También es importante considerar lo que propone Heslin (1974) que existen cinco categorías de contacto corporal:

- a) funcional-profesional la que se da dentro de una relación médico-paciente.
- b) Social con la que se inicia la relación médico-paciente.
- c) El saludo amistoso.
- d) El saludo íntimo afectuoso
- e) El sexual .

De acuerdo con las categorías anteriores es donde varios médicos entran en conflicto en el momento de dar una mala noticia debido a que se preguntan ¿Cuál será el punto de equilibrio entre acercarse demasiado al paciente, o se preguntan si guardar distancia es mejor? Muchos médicos, de manera inconsciente, adoptan estrategias de distanciamiento con sus pacientes por miedo a expresar sus emociones, sin darse cuenta que lo primero que debe hacer el médico es dar apoyo emocional al enfermo.

Existen seis factores que intervienen en toda comunicación humana los cuales deben recordarse siempre para que exista óptima comunicación como base de una buena interacción en la relación médico-Paciente:

1. Saber que el equipo de salud y el médico son los encargados de dar información adecuada, confiable, veraz es derecho del paciente conocer su diagnóstico y pronóstico.
2. Cuidar la situación emocional que se manejará al dar la información, estrés, angustia, shock, enojo, etc.
3. El contexto de cómo se va a dar la información, a quien, en donde, cuando, etc.
4. Tener cuidado en el tono de voz, modulación.

5. El medio de comunicación por utilizar: verbal, corporal, escrito o todos a la vez.
6. Cuidar que al paciente al que se le proporciona la información le haya quedado clara, si entendió todos los términos médicos utilizados, si interpretó correctamente el mensaje para poder con ellos inferir una posible reacción.

Recordar siempre al dar una mala noticia que cada persona, por ser única e irreplicable, reaccionará de una manera diversa según su personalidad, edad, situación económica, el concepto que tenga de la vida y muerte, creencias religiosas, roles familiares, etc.

## CONCLUSIONES

El proceso de comunicación de malas noticias es un evento angustiante para el trinomio médico – paciente– familia. Sin embargo, no debemos olvidar que ante todo debemos respetar la privacidad del paciente y sus familiares. La utilización de un enfoque humanístico y protocolizado como el elaborado por Baile-Buckman, y el aprendizaje de ciertas habilidades de comunicación pueden mejorar significativamente esta tarea. Lo que más le importa al paciente cuando recibe malas noticias es que el médico sea competente, honesto y atento con él; que permita que se le hagan las preguntas que sean necesarias; que proporcione un diagnóstico concreto; y que use un lenguaje que pueda entender.

Los padres, la pareja, los hijos, etc., seguramente van a ser el principal soporte emocional y físico del paciente; por lo tanto, deberemos concederles el protagonismo que ese papel de cuidador principal les confiere, e intentar establecer una alianza terapéutica en lugar de una barrera para la comunicación. Más allá del enorme desafío que significa comunicar malas noticias, no debemos olvidarnos que este proceso se realiza en el periodo de máxima necesidad del paciente y sus familiares, por lo que no debemos perder la subjetividad pero tampoco la objetividad. La ausencia de una de estas dos características nos hará desviarnos de nuestro objetivo y lastimar de un modo innecesario a quien confía su salud en nuestras manos.

Sin duda hay mucho que hacer al respecto.

“Para quien se muere , la vida termina en un instante, pero para aquel que se queda en este mundo , la muerte del ser querido es un proceso interminable que reinicia con cada recuerdo. Por eso nuestros efímeros seres queridos se nos mueren a cada rato y, que aunque a veces parece ser el mismo dolor, el tiempo mitiga lo agreste de la llama. Es la muerte entonces, el final inconcluso, la falta del otro dentro de si mismo y la falla de la receta religiosa. Finalmente, hasta la cuarta o quinta generación, cuando no haya nadie que guarde el alma del difunto en su memoria, es cuando deberíamos firmar el certificado de defunción”

Nilson Contreras C.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. García F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *MedIntensiva* 2006;30:452-459.
2. Ayarra M, Lizárraga S. Malas noticias y apoyo emocional. *Anales Sis San Navarra* 2001;24:55-63.
3. Alves de Lima A. ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? *Rev ArgentCardiol* 2003;71:217-220.
4. Buckman R. Communications and emotions. Skills and effort are key. *BMJ* 2002;325:672.
5. Finlay I, Dallimore D. Your child is dead. *BMJ* 1991;302: 1524-1525.
6. Santos FM, Navarro IA. Relaciones en Medicina Intensiva. *Med Intensiva* 1991;15:235-237.
7. Fallowfield L. Living sad and bad news. *Lancet* 1993; 341:476-478.
8. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 2004;363:312-319.
9. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Applications to the patients with cancer. *The Oncologist* 2000;5:302-311.
10. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie X et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *CritCareMed* 2000;28:3044-3049.
11. Pérez CMD, Rodríguez GM, Fernández HAI, CatalánGM, Montejo GJC. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva* 2004;28:237-249.
12. Fassier T, Lautrette A, Cirolì M, Azoulay E. Care at the end of life in critically ill patients: The European perspective. *CurrOpinCrit Care* 2005;11:616-623.

13. White DB, Randall Curtis J. Care near the end-of-life in critically ill patients: a North America perspective. *Curr Opin Crit Care* 2005;11:610-615.
14. MAQ, Danis M et al. Recommendations for end-of-life care in intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2001; 29:2332-2348.
15. Baile WF, Aaron J. Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Curr Opin Oncol* 2005;17:331-335.
16. Bub B. Communication: how to recognize and transform. The patient's lament: hidden key to effective. *Med Humanit* 2004;30;63-69.
17. Hallenbeck J. High context illness and dying in a low context medical world. *Am J Hosp Palliat Care* 2006; 23;113.
18. Wilson GR, Reisfield GM. More patients served by hospice, but still a last resort. *Am J Hosp Palliat Care* 2003;20:173.
19. Penson RT, Kyriakou H, Zuckerman D, Chabner BA, Teams TJ. Communication in multidisciplinary care. *Oncologist* 2006;11;520-526.
20. González de Riviera J. Empatía y ecpatía. *Psiquis* 2004;25(6):243-245.
21. Larson E, Yao X. Clinical Empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 2005;293:1100-1106.