

Humanización en la comunicación de malas noticias en el paciente oncológico y paliativo

*Correspondencia:

irene.solana@salud.madrid.org

Cam. del Molino, 2, 28942 Fuenlabrada, Madrid, España. Teléfono +34 916 00 60 00

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Recibido: Septiembre 7, 2022
Aceptado: Noviembre 2, 2022
Publicado: Diciembre 2, 2022
Editor: Dra. Evelyn Valencia Espinoza

Membrete bibliográfico:

Solana I, Juez I, Guerra J. Humanización en la comunicación de malas noticias en el paciente oncológico y paliativo. Rev. Oncol. Ecu 2022;32(3):266-272.

ISSN: 2661-6653

DOI: <https://doi.org/10.33821/639>

 Copyright Solana I, et al. Este artículo es distribuido bajo los términos de [Creative Commons Attribution License BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), el cual permite el uso y redistribución citando la fuente y al autor original.

Humanization in the communication of bad news in cancer and palliative patients

Irene Solana López^{*1} , **Ignacio Juez Martel¹**, **Elia Martínez Moreno¹**, **Carlos de Zea Luque¹**, **Ana Manuela Martín Fernández de Soignie¹**, **Nadia Sánchez Baños¹**, **Juan Antonio Guerra Martínez¹**

1. Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Resumen

La comunicación de malas noticias, si bien supone un momento de importante vulnerabilidad para el paciente y sus allegados, es un acto necesario para una atención de calidad. Se trata de una habilidad transversal que, sin embargo, suele carecer de una formación específica en las facultades de Medicina. Existen numerosos protocolos que establecen las bases de una comunicación eficiente. No obstante, lo que marca la diferencia en términos de humanidad es el toque personal que cada médico ofrece. En este artículo ofrecemos una reflexión sobre la visión predominante en el Servicio de Oncología Médica de Fuenlabrada del proceso de comunicación de malas noticias. Exponemos conceptos metafísicos, psicológicos y sociales sobre los cuales impera la necesidad de reflexionar para, desde una comprensión profunda de la dificultad que la comunicación de malas noticias entraña, ser capaces de mejorar. Así mismo, sugerimos elementos fácilmente incorporables a la práctica clínica diaria.

Palabras claves:

DeCS: Neoplasias, Mortalidad, Comunicación, Comunicación en Salud, Comunicación Interdisciplinaria, Cuidados Paliativos.

DOI: 10.33821/639

Abstract

Although the communication of bad news is a moment of great vulnerability for the patient and his or her relatives, it is necessary for quality care. However, it is a cross-cutting skill that often needs more specific training in medical schools. Numerous protocols lay the groundwork for efficient communication. However, each physician's personal touch makes a difference in terms of humanity. In this article, we reflect on the predominant vision of communicating bad news in the Medical Oncology Service of Fuenlabrada. We expose metaphysical, psychological, and social concepts on which there is a need to

reflect to be able to improve from a deep understanding of the difficulty that the communication of bad news entails. Finally, we suggest elements that can be easily incorporated into daily clinical practice.

Keywords:

MESH: Neoplasms; Mortality; Communication; Health Communication; Interdisciplinary Communication; Palliative Care.

DOI: 10.33821/639

Introducción

La comunicación de malas noticias es una herramienta fundamental en la práctica clínica, sin embargo, suele constituir una habilidad frecuentemente olvidada por los sistemas formativos en el ámbito de la sanidad. Se trata de una destreza difícil de perfeccionar y no existe una fórmula que garantice una comunicación eficiente y humana. No obstante, existen una serie de directrices que ayudan a sentar las bases del proceso comunicativo y una serie de matices que se pueden potenciar para cuidar el componente humano.

El concepto de morir

Oncólogos y paliativistas se enfrentan con frecuencia a la comunicación de malas noticias de gran magnitud, que suelen abordar el concepto de morir. La muerte es una noción cada vez más enmascarada en las sociedades occidentales. Paralelamente al desarrollo de la sociedad del bienestar, la muerte ha dejado de ser un recambio generacional natural para convertirse en algo evitable. Esto se encuentra en relación con la amplia aceptación de creencias como la fe en la ciencia y sus avances o la infalibilidad del sistema sanitario y sus profesionales. También se relaciona con la búsqueda continua de la inmediatez, que en el ámbito de la sanidad se traduce como la aspiración a la curación instantánea [1]. En nuestra sociedad, la muerte se siente como un hecho lejano e improbable. En algunas especialidades médicas, como la oncología, el médico es la persona que rompe por primera vez dicha ilusión de inmortalidad tan socialmente extendida.

El choque entre la realidad y las expectativas

La comunicación de malas noticias comienza siempre con un choque entre la realidad clínica y las expectativas de los pacientes, que engloban tanto las propias expectativas del médico basadas en el proceso terapéutico llevado a cabo, así como las expectativas que el paciente y sus familiares depositan en el personal sanitario y también las expectativas que el propio paciente puede tener sobre su existencia y su porvenir [2].

Quebrantar estas expectativas es doloroso y el médico se convierte en portador momentáneo de la más absoluta desolación. Esta desolación la trasladará al paciente y a sus familiares, entrando en juego emociones que harán que el impacto sea mucho mayor.

La comunicación de malas noticias como una oportunidad para cuidar

La buena comunicación de malas noticias es un paso necesario para una atención de calidad. Esto se debe a que centrar la situación clínica en la realidad del ahora, aunque inicialmente sea un duro golpe emocional, va a permitir adaptar la atención sanitaria posterior a las nece-

sidades reales del paciente [2]. Además, aunque se trate uno de los momentos de mayor vulnerabilidad de todo el proceso clínico, también es una de las circunstancias donde más se puede poner en práctica el “arte” de cuidar [3]. La adquisición de competencias en este aspecto, más humano y menos técnico de la medicina, debe ser un objetivo fundamental en el desarrollo de cualquier profesional sanitario.

Discusión

La oncología es una especialidad con una dimensión humana fascinante y se presta a potenciar la capacidad de “cuidar” en aquellos que la ejercen. Desde la experiencia, la acción de “cuidar” muchas veces es algo tan sencillo y a la vez tan complicado como “saber estar”.

Si entendemos la comunicación de malas noticias como una “ocasión de cuidar”, deduciremos fácilmente que no es suficiente el mero hecho de transmitir una información (“comunicar”), sino que debemos ser capaces de “estar” (“acompañar”) y recoger las emociones que este proceso genera: los miedos, las frustraciones, las ansiedades, las preguntas, la negación, la culpa, la ira y la tristeza.

Además, es importante aprender a “regresar”[3], a acompañar insistente y prolongadamente en el tiempo a nuestros pacientes para dar respuesta, si se puede, a la esfera psicológica y metafísica que surge en torno al final de la vida y que es tan importante como la esfera orgánica [4]. En muchas ocasiones, cuando no tenemos respuestas, la simple escucha activa y el hecho de demostrar que nos seguimos preocupando, resultan de gran ayuda tanto para el paciente como para sus familiares. Acompañar en momentos tan delicados, no es solo un deber, es un privilegio.

Para aprender a comunicar malas noticias, existen una serie de directrices básicas sistematizadas, entre otros, en el protocolo SPIKES (acrónimo traducido al castellano como EPICEE) que se encuentran ampliamente aceptadas en la práctica clínica [5]. El protocolo EPICEE establece seis pasos fundamentales para una comunicación eficiente de malas noticias. “E”: Entorno, “P”: Percepción, “I”: Invitación, “C”: Conocimiento, “E”: Empatía y emociones “E”: Estrategia [5].

Sin embargo, son los matices que cada médico otorga a este protocolo los que marcan la diferencia en el proceso de comunicación. Por ello, presentamos a continuación, aquellas puntualizaciones que, desde la experiencia clínica, consideramos que pueden resultar de utilidad.

Respecto a la “C” de “Conocimiento”

Cuando el médico comunica una mala noticia, y más si hay que comunicarla en términos de posibilidades, existe una difícil encrucijada entre la esperanza y que quien nos escucha se sepa con la posibilidad de estar próximo al final de su vida y lograr que se encuentre en paz con ello. No debemos caer ni en el falso optimismo ni en el catastrofismo. Hay que buscar el término medio: medir las palabras, dosificarlas, dar respuestas, respetar los tiempos de cada persona.

En este punto del protocolo, es muy importante adecuar el lenguaje y huir de los tecnicismos. Además, se debe dosificar la información y mandar mensajes concisos y claros. Puede parecer que el empleo de circunloquios ayuda a suavizar la mala noticia, pero no sólo

no lo hace, sino que además aumenta el riesgo de malentendidos y puede traducirse en una elevación de la ansiedad del paciente si éste siente que se está perdiendo información relevante.

Respecto a la “E” de “Empatía y emociones”:

Durante la comunicación de malas noticias, se debe promover un ambiente de confianza que favorezca la expresión de emociones. Nos debemos entrenar en el reconocimiento de las mismas, tanto cuando el paciente las expresa directamente como cuando se pueden intuir a través de su lenguaje corporal. Es fundamental empatizar con las emociones y legitimarlas.

No está de más tener unas nociones básicas de psicología que ayuden a comprender la emoción y a reconducirla en caso de ser preciso, aunque muchas veces basta con empatizar y dejar la conversación fluir.

Entre las principales emociones se encuentran la ansiedad, la tristeza, la culpa y la ira. La ansiedad responde a una valoración de amenaza y pone en marcha mecanismos de anticipación. Se reconduce centrando a la persona en el ahora [6]. La tristeza responde a una valoración de pérdida donde se pone sistemáticamente el foco en lo negativo. Se reconduce ampliando la visión a otras áreas y rompiendo el mecanismo de atención selectiva hacia lo perjudicial [6]. La culpa responde a una valoración de responsabilidad y desencadena mecanismos de rumiación. Frenar la culpa pasa por hacer un análisis de error y responsabilidad, reparar lo modificable y tener un plan de acción alternativo en caso de volverse a dar una situación similar a la que nos ha hecho sentir culpables. Si a pesar de lo previo regresa el sentimiento, hay que evitar entrar nuevamente en el círculo de rumiación [7]. La ira es la emoción más compleja de todas y la que provoca el fenómeno de transferencia más negativo [8]. Traduce una valoración de daño, de la que se hace responsable a otro. Cuando surge la ira, se pone el foco en la intencionalidad del daño recibido y esto desencadena conductas agresivas. Se reconduce redefiniendo los objetivos. Se debe hacer entender que el agravio sufrido no se puede cambiar y, por tanto, el objetivo debe ser “estar bien”, en vez de hacer “justicia” (que es lo que se persigue con la conducta agresiva) [8].

Respecto a la “E” de “Estrategia”:

En todas las situaciones clínicas, pero especialmente en las que perdemos la opción de la estrategia terapéutica orientada a la curación o a la cronificación y el objetivo pasa a ser el control de síntomas, se debe tener presente el concepto de “aliviar”.

Si bien es cierto que manejar las emociones de manera empática y fijar unos objetivos terapéuticos ya supone alivio para muchos pacientes, se puede ir un paso más allá dando una respuesta humana y cercana a las necesidades metafísicas que indudablemente van a surgir [4].

Es importante entender el final de la vida como algo natural en la historia de todo ser humano, aceptar nuestras limitaciones y nuestra falta de control sobre cuándo llega y a quién le llega, abrir un tiempo de introspección y agradecimiento por lo ya vivido, entender que cada persona deja una huella única y maravillosa en el mundo, contribuir a que los últimos días supongan un tiempo de fortalecimiento de las relaciones humanas con los seres queridos, una oportunidad para cerrar asuntos pendientes, ayudar a encontrar paz.

No es un terreno fácil y no es un terreno que todos los pacientes nos vayan a permitir o deseen abordar. Pero con aquellos que nos abran la puerta, si encontramos las palabras adecuadas, estaremos perfeccionando el “arte” de cuidar y nos convertiremos, sin duda, en portadores de alivio.

Conclusión

Siendo sinceros, los médicos nunca se acostumbran a la comunicación de malas noticias o al sufrimiento que existe en torno a la muerte. Esta falta de acostumbramiento es natural, y así debe ser. El error es evitar que surja la tristeza o el duelo, porque son reacciones intrínsecas al proceso de ruptura de expectativas. Tampoco se debe entender la comunicación de malas noticias como un proceso pasivo en el que se deja fluir la información y las emociones rebotan sin control y nos dañan a todos. El gran acierto es la formación para perfeccionar este proceso buscando no sólo transmitir información sino “cuidar” a través del mismo, siendo capaces de empatizar y, desde ahí, acompañar y aliviar. Estos valores son parte de nuestro compromiso para preservar la dignidad de nuestros pacientes en el proceso de enfermar y también en el proceso de morir, siendo buenos médicos, tan buenos como podamos, pero, ante todo, siendo buenos seres humanos.

Nota del Editor

La Revista Oncología Ecu permanece neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales en mapas publicados y afiliaciones institucionales.

Abreviaturas

EPICEE: “E”: Entorno, “P”: Percepción, “I”: Invitación, “C”: Conocimiento, “E”: Empatía y emociones “E”: Estrategia.

Información administrativa

Archivos Adicionales

Ninguno declarado por los autores.

Agradecimientos

No declarada.

Contribuciones de los autores

Irene Solana López: conceptualización, validación, visualización, metodología, administración de proyecto, escritura: revisión y edición.

Ignacio Juez Martel: conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, recursos, software.

Elia Martínez Moreno, conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, recursos, software.

Juan Antonio Guerra Martínez, conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, recursos, software.

Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Fondos

Los autores no recibieron ningún tipo de reconocimiento económico por este trabajo de investigación.

Disponibilidad de datos y materiales

Existe la disponibilidad de datos bajo solicitud al autor de correspondencia. No se reportan otros materiales.

Declaraciones

Aprobación del comité de ética

No aplica a estudios observacionales con revisión de bases de datos o historias clínicas.

Consentimiento para publicación

No aplica para estudios que no publican imágenes explícitas como tomografías, resonancias, imágenes de exámenes físicos.

Conflictos de interés

Los autores declaran que ellos no tienen ningún conflicto de competencia o interés.

Referencias

1. Caycedo Bustos, Martha Ligia. "La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte." Revista Colombiana de psiquiatría 36.2 (2007): 332-339.
2. VandeKieft, Gregg. "Breaking bad news." American family physician 64.12 (2001): 1975.
3. Blackall GF. Stand and wait. J Clin Oncol. 2010 Dec 1;28(34):5124-5. DOI: [10.1200/JCO.2010.32.5324](https://doi.org/10.1200/JCO.2010.32.5324). Epub 2010 Oct 4. PMID: 20921470.

4. Puchalski CM, Sbrana A, Ferrell B, Jafari N, King S, Balboni T, Miccinesi G, Vandenhoeck A, Silbermann M, Balducci L, Yong J, Antonuzzo A, Falcone A, Ripamonti CI. Interprofessional spiritual care in oncology: a literature review. *ESMO Open*. 2019 Feb 16;4(1):e000465. DOI: [10.1136/esmoopen-2018-000465](https://doi.org/10.1136/esmoopen-2018-000465). PMID: 30962955. PMCID: PMC6435249.
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(4):302-11. DOI: [10.1634/theoncologist.5-4-302](https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302). PMID: 10964998
6. Dekker J, Karchoud J, Braamse AMJ, Buiting H, Konings IRHM, van Linde ME, Schuurhuizen CSEW, Sprangers MAG, Beekman ATF, Verheul HMW. Clinical management of emotions in patients with cancer: introducing the approach "emotional support and case finding". *Transl Behav Med*. 2020 Dec 31;10(6):1399-1405. DOI: [10.1093/tbm/ibaa115](https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa115). PMID: 33200793 PMCID: PMC7796719
7. Harpham WS. View from the Other Side of the Stethoscope: Patient Handout-If Patients Feel Guilty.... *Oncology Times*, 2014;36(3):35. DOI: [10.1097/01.COT.0000444048.63798.a4](https://doi.org/10.1097/01.COT.0000444048.63798.a4)
8. Howells K, Day A. Readiness for anger management: clinical and theoretical issues. *Clin Psychol Rev*. 2003 Mar;23(2):319-37. DOI: [10.1016/s0272-7358\(02\)00228-3](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(02)00228-3). PMID: 12573674