

# La comunicación de una mala noticia en la práctica médica

Kusminsky G.

*Servicio de Hematología Hospital Universitario Austral*

*gkusmins@cas.austral.edu.ar*

*Fecha de recepción: 08/03/2013*

*Fecha de aprobación: 20/03/2013*



ARTÍCULO  
ESPECIAL

HEMATOLOGÍA, Vol.17 N°2: 179-183  
Mayo - Agosto 2013

## RESUMEN

La comunicación de una mala noticia coloca a los médicos en una particular dificultad para la cual no han tenido un aprendizaje concreto. En los últimos tiempos se han publicado numerosos artículos al respecto, algunos indicando una suerte de guía de práctica para comunicar malas noticias. La posibilidad de reflexionar sobre las cuestiones comunicacionales, especialmente cuando se trata de malas noticias respecto a un tratamiento, requiere de una maduración que acaso no sea sencilla y coloca al profesional ante sus propias limitaciones.

**Palabras clave:** Comunicación- Malas noticias

## ABSTRACT

Physicians have particular difficulties in delivering bad news to the patients, and there are no specific learning tools during the medical course in this area. In the recent past a number of publications have appeared dealing with this subject, some of them offering clinical guidelines for breaking bad news as an easy process. The possibility of thinking in this communication problem, specifically for bad news, implies a challenging task, facing doctors with their own limitations.

**Key words:** Communication- Bad news

Los integrantes del equipo de salud se encuentran hoy ante una abundante producción escrita sobre la forma de dar una mala noticia. Hasta hace relativamente poco tiempo a nadie se le hubiera ocurrido organizar jornadas, o aun menos, escribir un artículo sobre este tema.

Pero la literatura médica ha comenzado a generar una explosiva cantidad de material relacionado con este contenido, ya no solamente en las publicaciones de bioética y cuidados paliativos, sino también en las grandes y tradicionales revistas de oncología, hematología y medicina interna, algunas de ellas altos niveles de impacto<sup>1, 2, 3</sup>. Si dirigimos nuestra mirada hacia atrás, veremos que en la década del 70, la búsqueda en la literatura en inglés de títulos que respondan a las aperturas “*breaking bad news, telling bad news, delivering bad news*” da como resultado cero, en los 80, un puñado de artículos que no llega a la decena, y a partir de los 90 comienzan a surgir en un número considerable que estalla, por decir de algún modo, en la última década. (Gráfico 1)



Gráfico 1

Surgen probablemente dos consideraciones que abren a una necesaria reflexión. La primera, que el equipo asistente de la salud ha cobrado noción de una dificultad comunicacional y que la intenta remediar para beneficio del paciente. La segunda, que el mismo equipo asistente pretende instrumentar una modalidad de protección ante la respuesta agresiva del paciente o de su entorno, respuesta que colocaría en riesgo la seguridad física, la reputación, o más frecuentemente la economía de los interesados a través de apremios legales.

Es conocida la frase “matar al mensajero”. Cuestión temida desde la antigüedad y relatada por Herodoto en sus crónicas sobre las Guerras Médicas,

cuando los reyes persas asesinaban a quienes traían noticias sobre derrotas militares. Para pensar desde este lugar es necesario reconocer que la relación médico-paciente ha planteado desde siempre una asimetría de poder. Quien detentó el poder fue la persona médica en un pedestal incuestionable y mayestático. En el escenario de la consulta médica, se ha generado una performance donde el poder de la palabra médica nunca antes había sido disputada. El temor a que el mensajero-médico que trae una mala nueva sea “asesinado”, representa un cambio en las reglas del juego, pues otorga sin dudas una cuota de poder al paciente o a sus familiares, que ante el maltrato, o la falta de comunicación, pueden reaccionar con beligerancia manifiesta y enjuiciar la palabra del médico, ya no metafóricamente sino con la hostilidad legal que marca la relación actual de la medicina con su entorno social. Desde esta perspectiva, se podría pensar que de la mano del negocio legal de querellas indiscriminadas, el cuidado de comunicar bien, aún la peor de las noticias, representa una forma de evitar la represalia. Pues, ¿quiénes mataban al mensajero?: los reyes, o los dueños del poder. Algo de este poder ha pasado entonces a manos de los pacientes que incluso se han agrupado en asociaciones, situación que muchos médicos ven con suspicacia, como un mal de difícil erradicación en los tiempos actuales.

Desde una perspectiva menos severa, se puede pensar que finalmente se ha tomado conciencia de que las capacidades de los médicos para comunicar en general, tanto lo bueno como lo malo, muestran notables deficiencias, y que ello trae consecuencias dolorosas para el paciente, fundamentalmente cuando lo comunicado es malo. De modo que desde la medicina de los Estados Unidos, y acto seguido en centros de todo el mundo “civilizado”, se comenzaron a pergeñar dispositivos comunicacionales que se difundieron en distintas y prestigiosas publicaciones.

Las guías de práctica clínica han significado un avance en el campo de la medicina de todos los días, pues produjeron una homogeneidad en aspectos que previamente podían resultar caóticos. Pero no parece tan obvia la cuestión de evitar que una guía básica sea el relevo de un aprendizaje de maduración, reflexión y discusión interdisciplinaria. En este sentido surgieron artículos de notorios grupos médicos que han pretendido enseñar a comunicar una mala noti-

cia siguiendo una receta culinaria de cómo hacerlo paso a paso<sup>4</sup>. Estos textos podrían acaso leerse como una ficción, al estilo del Manual de Instrucciones de Julio Cortázar, donde por ejemplo se dan las pautas para llorar o subir una escalera<sup>5</sup>. Lamentablemente no ha sido ésa la intención de quienes produjeron las instrucciones para dar malas noticias y la comunidad médica, fundamentalmente en los países del llamado primer mundo, lo han tomado al pie de la letra. La idea que se quiere transmitir se focaliza en que dar una mala noticia puede ser sencillo. Probablemente no sea así.

¿Cómo comunicar una mala noticia entonces? Se debe admitir la necesidad de un aprendizaje, pero hay que comprender a priori que *eso no va a adquirirse en una clase*, ni leyendo un artículo médico. Tal vez los seminarios y conferencias despierten, eso sí, la *necesidad de aprender*. Hans Georg Gadamer, resalta que debe entenderse la diferencia que existe en medicina entre la adquisición del conocimiento científico, y la aplicación de ese conocimiento al caso particular. Esa hermenéutica constituye lo que durante mucho tiempo se llamó el “arte de curar” algo que requiere tiempo, reflexión y maduración personal<sup>6</sup>. Cobra aquí una especial magnitud la figura del maestro de medicina, que desde tiempos de Hipócrates conformó la enseñanza más dedicada de una profesión que durante siglos se consideró santificada por esa metodología. Todo esto se desprende del propio juramento hipocrático, y sería muy conveniente si se leyera ese pequeño texto de vez en cuando.

### Malas noticias e intervinientes

Desde tiempos antiguos, la comunicación de una determinada novedad referida a una situación, o a un campo relativamente desconocido, ha despertado en todo caso una inicial perplejidad que se puede resumir en la pregunta que surge luego de recibir el mensaje del acontecimiento: ¿eso, es bueno o malo? Resulta obvio que hay cosas que son definitivamente malas. En nuestro afán clasificador, se podría decir que en medicina (y en general) hay noticias, en el campo de lo malo, que van de lo trivial a lo extraordinario. Esta consideración cobra importancia cuando se entiende que hay determinadas cuestiones que no pueden tomarse a la ligera, no cualquiera las puede dar sin una preparación previa, y en estos casos debe comprenderse que explicar lo que está sucediendo va a producir *siempre* una reacción en el receptor del

mensaje, reacción que *nunca* será intrascendente.

Actores de esta suerte de escena suelen ser tres: el paciente/paciente, el asistente (personal de medicina, enfermería, asistentes sociales, psicología) y el entorno del paciente/paciente (familia, amigos, abogados en ocasiones) (Gráfico 2).

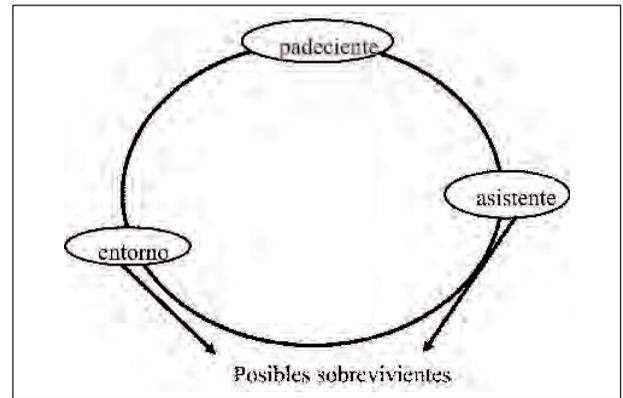


Gráfico 2

Los intervinientes no suelen estar presentes simultáneamente, pero cada vez que se emite un mensaje, sobre todo en situaciones de enfermedades graves y amenazantes para la vida, se debe tener en cuenta que estos actores tomarán conocimiento y desarrollarán alguna acción. Por otro lado, si se está hablando de la posibilidad de muerte, o si el paciente se encuentra muy grave, hay que tener siempre en mente que lo que suceda producirá sobrevivientes, y en esa tríada, los sobrevivientes suelen ser el equipo asistente y el entorno. Uno de los objetivos en este ámbito tiene que ser evitar el “síndrome del pretérito pluscuamperfecto del modo subjuntivo” (doctor... ¿y si hubiéramos hecho esa intervención?). Para ello habrá que comunicar constantemente, explicar, sostener, apaciguar. Nada más adecuado para este argumento: hay que sostener al paciente y al entorno. Y también al equipo asistente que no deja de sentir angustias, miedos y la desazón que la muerte del otro le produce y que lo lleva al miedo de la muerte propia, al temor quizás de conjugar el verbo morir en primera persona, lo que para los médicos residentes, jóvenes habitualmente, parece un sinsentido.

Tolstoy lo ejemplificó magníficamente en el comienzo de La Muerte de Iván Illich, cuando los compañeros de trabajo de Iván conocen a través del periódico el hecho de su muerte reciente. Ante el horror de la muerte surge también el alivio de que ha sido otro, el verbo morir se conjuga en tercera persona. La mala noticia no se ha referido a ellos<sup>7</sup>.

## El tiempo y el contexto económico

Los médicos atienden sus pacientes en un marco que hoy se halla fajado por un tiempo reducido. La atención en consultorios está marcada por una agenda que suele colocar a varios pacientes por hora a los que se agregan consabidos sobretornos. Conocer la intimidad del otro en un tiempo así reducido es imposible. La industria de la financiación médica acepta entonces en muchas ocasiones que se paguen los honorarios de otros profesionales (otros especialistas, psicólogos, asistentes médicos) o se reiteren las consultas bajo la excusa de “estudios adicionales” para contener al paciente que escucha una noticia adversa, fragmentada a veces en varias consultas.

Para poder dar una noticia muy mala, o extraordinariamente mala, habría que conocer bien a quien la va a recibir, y a su vez quien es receptor del mensaje debería conocer y confiar en el emisor de dicha información. Este conocimiento requiere en medicina sin dudas de la edificación de una relación médico paciente que no haya sido interferida por los escasos minutos habituales de las consultas. Resulta entonces urgente e imperioso que la consulta médica tenga una duración y obviamente una retribución razonable.

## ¿Decir la verdad siempre? ¿ La verdad tolerable?: Respetar el contrato

Los médicos de cabecera de los pacientes que inician el acompañamiento de un padecimiento prolongado deberían plantear un contrato en el principio de esta relación. Si uno de los principios básicos de la bioética se centra en la autonomía del paciente, esta autonomía debe también representar un aprendizaje. En el contrato inicial, se plantean los modos de relacionarse, los modos de hablar, las cuestiones que se van a preguntar. Si el médico se compromete a ser honesto siempre con el paciente, también se puede comprometer a no comunicar lo que el paciente no quiere saber. En una relación médico-paciente contratada abierta y sincera, el médico puede garantizar pocas cosas, pero muy importantes: su acompañamiento, o que siempre estará alguien del equipo asistencial para ayudar, que se harán las cosas de acuerdo a las normas aceptadas del arte de curar, y que más allá de la posibilidad de curación, el sufrimiento físico será aliviado. El paciente debe también poner algo trascendente en el contrato: su

confianza. Hablar estos temas, conocer e interactuar con el paciente y con su entorno lleva habitualmente un tiempo importante. Ese espacio, ese tiempo, posibilitan la aparición de los sentimientos de ambas partes. No debería ser embarazoso para un médico mostrar que se encuentra también conmovido por lo que está testimoniando. Estas experiencias modelarán al participante del equipo asistencial, enriquecerán a la persona y seguramente le harán sentir un valor adicional a su tarea cotidiana.

Establecida una relación de este modo, las discusiones, válidas por cierto, del concepto de la verdad total o la verdad tolerable pasan a otro plano, ya que la medición de la tolerabilidad como atribución del equipo asistente, puede considerarse que arrebató la autonomía del paciente y devuelve al médico su cuota de poder si esto es unilateral.

## Instrucciones para recibir una mala noticia:

Si en los últimos años han surgido publicaciones sobre cómo dar una mala noticia, quizás fuera apropiado generar instrucciones recíprocas, es decir cómo recibir una mala noticia. Casi como esos libros que componían el *Ars Moriendi*, editados en el S XV con ilustraciones para que las comprendan analfabetos y personas cultas. En uno de los capítulos se instrúa al buen comportamiento frente a la certeza de la muerte, donde se debía evitar la falta de fe, la desesperación, la impaciencia, el orgullo espiritual y la codicia. Igualmente había una normativa de comportamiento para los familiares y asistentes a la agonía y momentos posteriores al instante de la muerte<sup>8</sup>.

El grupo médico asistencial tiene un manifiesto rechazo a las reacciones descontroladas que ocurren luego de comunicar la más fatal de las novedades. Para ello, se ha intentado incluso una clasificación de este comportamiento más allá del fin descriptivo, acaso para conservar el manejo de la situación. En este sentido, Elizabeth Kubler-Ross dividió la reacción ante la comunicación de la noticia de la muerte en distintas etapas, categorizadas en una cronología en la que se sucederían la negación, el odio, la negociación, la depresión y la aceptación final<sup>9</sup>. No hubo en la literatura médica estudios que den cuenta de la repetición de este esquema y lo cierto es que rara vez los pacientes producen estas etapas en forma ordenada, y a decir verdad, lo frecuente es observar qui-

zás que solo se presenta alguno de estos fenómenos. Cada individuo tiene su propio modo de reaccionar, y las teorías de Kubler-Ross carecen de base científica demostrable. Parecería que es muy difícil poner un marco que contenga todas las posibles reacciones desencadenadas por una muy mala o extraordinariamente mala noticia. Tan solo hay que estar preparado para contener, sin esperar una clasificación de las reacciones ya que es probable que los pacientes no hayan leído los artículos de la Dra Kubler-Ross quien sí tuvo el invaluable mérito de haber puesto la mirada y señalado lo que hasta ese momento nadie se había atrevido hacer.

### ¿Conclusiones?: Acaso no las haya

Queda quizás abierta la discusión sobre la posibilidad de producir un instructivo respecto a la comunicación de una mala noticia en medicina. Las culturas de los países son muy distintas, del mismo modo, las recetas para aplicar una conducta en base a esos estereotipos culturales deberían también ser distintas. Los aprendizajes de los aspectos más delicados de la práctica médica requieren otros modelos que una simple guía o manual para mantener tal vez la diferencia entre el entrenamiento de una habilidad con el aprendizaje de una cuestión extremadamente compleja, como bien lo señala Gadamer<sup>10</sup>.

Es necesario aprender a comunicar, sin dudas. Tal vez tomar los modelos de los maestros que plantean un aprendizaje basado en la maduración, la reflexión y la interacción del equipo asistencial con el entorno del paciente.

Seguirán apareciendo artículos, como este, para abrir el tema, discutir los puntos de vista y mejorar la comunicación. Será siempre un debate bienvenido.

### Bibliografía

1. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995 13:2449-56
2. Fallowfield L. Giving sad and bad news. *Lancet* 1993 20; 341:476-8
3. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, Gooley TA, Tulsy JA. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med.* 2007 Mar 12; 167(5):453-60
4. Baile WF, Buckman R, Lenzi R et al. SPIKES. A six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist* 2000 5:302-311
5. Cortazar J. *Historias de cronopios y famas.* Alfaguara 1995
6. Gadamer HG. *El estado oculto de la salud.* Gedisa Editorial 2001
7. Tolstoy L. *La muerte de Iván Illich.*
8. Aries P. *El hombre ante la muerte.* Taurus edic. 1983, pag 96.97
9. Kübler-Ross E. *On Death & Dying,* Taylor and Francis 1969
10. Gadamer HG. *Ibid.*