

[EL REPORTAJE DEL DÍA]

COMUNICACIÓN En general, los médicos no saben dar malas noticias, según señalan algunos expertos en el tema. Es fundamental que el paciente no se sienta solo en el momento en que recibe información que puede afectar de manera importante a su vida, y a la de sus seres queridos. El

diseño de protocolos específicos en la comunicación de malas noticias puede ser de gran utilidad para el profesional, ya que le ayudan a saber qué, cómo, cuándo y de qué manera debe dar la información en cada caso concreto.

Cómo comunicar malas noticias

■ **Javier Granda** Barcelona

La comunicación de malas noticias es una práctica inherente al ejercicio de la medicina y muchos profesionales tienen que afrontar esta situación miles de veces a lo largo de su carrera. Sin embargo, este aprendizaje no se contempla en los planes de estudio de la universidad. Expertos reunidos en la Real Academia de Medicina de Cataluña han confrontado los puntos de vista y las propuestas de mejora sobre este aspecto de un oncólogo, un clínico, un cirujano y un psicólogo.

La constatación de que, en general, los médicos no saben dar malas noticias y que es necesaria más formación en este sentido ha sido la principal conclusión del encuentro. José Ramón Germá, jefe del Servicio de Oncología del Instituto Catalán de Oncología, propone "dar la vuelta a preguntas del paciente como ¿qué me pasa? o ¿me curaré?", respondiendo que hay "enfermedades tratables y no tratables, y la suya lo es".

En su opinión, la mala noticia debe matizarse, pero dando esperanza al paciente. "Tomemos el caso del cáncer testicular, en el que morían el 80 por ciento de los pacientes y, en poco tiempo, se dio la vuelta a la situación y se curaban el 80 por ciento. ¿Cómo no voy a tener yo esperanza si he visto un caso como éste? Se debe tener esperanza hasta el último instante de que las cosas pueden mejorar", seña-



Juan de Pablo, del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Barcelona, durante una visita.

Las malas noticias deben matizarse, dar esperanza al paciente, y aprender a dar la vuelta a preguntas como '¿qué me pasa?', '¿me curaré?'

la, y concluye reiterando que se debe "esperar lo mejor y estar preparado para lo peor comunicando las noticias, pero con esperanza".

Assumpta Ricart, jefa del Servicio de Urgencias del Hospital de Hospitalet de Llobregat, es autora de estudios sobre política de comunicación y soporte psicológico al enfermo crítico, además de ser coordinadora de

trasplantes. Según su criterio, deben comunicarse las malas noticias "porque es un derecho del paciente, porque permite que el paciente tome decisiones y organice sus asuntos y también que los suyos compartan su dolor y le acompañen. Los enfermos, cuando van a morir, lo saben y quieren acabar acompañados el final de su vida". Pero debe también tenerse en cuenta que tienen derecho a no recibir información y a decidir cuánta información quieren.

Otro aspecto relevante es que a menudo los médicos menosprecian el dolor que produce una mala noticia. "También puede suceder que el médico tenga miedo a causar dolor, al dolor em-

pático, a sentirse culpable, al error legal, al error desconocido o a expresar emociones", afirma y recalca que se ha pasado de un abordaje hipocrático y paternalista a la autonomía del paciente y la toma de decisiones compartidas. "Debe encontrarse un balance entre ambas posturas".

Utilidad de protocolos

Una de las herramientas más destacadas para el aprendizaje de la comunicación de las malas noticias es la metodología *Spikes*, un protocolo en seis pasos que da pautas sobre dónde dar la noticia, con quién o cuándo hacerlo. Ricart explica que la disposición es importante en el sentido de descubrir

El paciente tiene derecho a conocer la información que le permita tomar decisiones, organizar sus asuntos y que los suyos le acompañen

"qué es lo que desea saber el paciente y determinar el nivel de información que desea, con preguntas abiertas".

De este modo, al comunicar la noticia, se debe dar a entender que ha llegado el momento de hablar de ello, siendo claros y concisos, utilizando el vocabulario del paciente y siguiendo su ritmo de comprensión.

"Una vez se da la mala no-

ticia, hay que estar y no abandonar. También han de tenerse en cuenta las reacciones, porque se producen de manera muy distinta: ira, dolor, rabia, cinismo, tristeza, soledad, negación, manipulación... Hay que escuchar e identificar la emoción o mezcla de emociones e identificar la causa o fuente de emoción, ayudando a que el paciente la exprese verbalmente. En cualquier caso, este momento se debe planificar, y transmitir al paciente y al familiar que se hará todo lo posible por ayudar, que no se les abandona y que les seguiremos ayudando en la toma de decisiones", aconseja.

Juan Antonio Peña, médico adjunto de la Unidad de Oncología de la Fundación Puigvert, cree que el aprendizaje ha de estar basado tanto en los conceptos como en la propia experiencia. También es importante tener en cuenta que el entorno en el que se trabaja es complicado, con mucha presión asistencial, que la información que se transmite es compleja, que el paciente y la familia en ocasiones dan una información ambivalente y que el paciente pasa a ser un usuario demandante.

Peña dice que debe ser consciente de "que nadie está aquí porque quiere" y enumera algunas actitudes que pueden ser útiles: "sonríe y sé amable, que es gratis, y ofrece proximidad, también física. Invierte tiempo en explicar y en comprender, porque el paciente en *shock* no te entiende, por lo que puede ser importante volver a citarlo. Sé honesto. No cierres todas las puertas".

En su opinión, puede aprenderse a dar malas noticias, de la misma manera que puede aprenderse a empatizar, a escuchar o a explicar. Las dos alternativas pasan por los protocolos de comunicación de malas noticias como el citado *Spikes* y por recibir cursos de formación, habitualmente de entre dos y tres días de duración, con actores en el rol de pacientes y observadores externos que explican si las reacciones han sido las correctas.

EL MÉDICO DEBE ESCUCHAR

Nuria Camps, directora del Servicio de Psicología Clínica de la Fundación Puigvert, recuerda el cambio de paradigma de la relación asistencial que se produjo con la aparición del consentimiento informado.

"Informar es una mala palabra; se debe comunicar lo que está pasando. La técnica de la información acaba donde empieza el arte de la comunicación y esto requiere dos mentes que quieran hablar y, sobre todo, la disponibilidad del médico para escuchar". Otro aspecto relevante es que el médico piense y "esté convencido de que tiene capacidad de hacerlo" aunque no todos los médicos, ni siempre, "son capaces de hacerlo, porque a veces hay mucho trabajo y todos somos humanos. Debe darse esperanza y estar junto al paciente hasta el final y desmitificar el concepto de muerte, porque todos nos vamos a morir. La muerte no tiene por qué ser traumática ni dolorosa", concluye.

EL PUNTO DE VISTA DE LOS PACIENTES



Albert Jovell.

Albert Jovell, presidente del Foro Español de Pacientes y director de la Biblioteca Josep Laporte, recalca la importancia tanto de que el paciente no reciba información si así lo desea como de que, si la recibe, no se le deje solo "para que esté acompañado en la toma de decisiones y, además, en lo que viene después, buscando cuándo, cómo y a quién se dice". En su opinión, "el papel de la familia también es muy importante, así como dar opciones". Cree que la formación del médico en este ámbito es ineludible y opina que los médicos "tienen que estar formados y el sistema tiene que dar recursos de acompañamiento del paciente y apoyo hasta el final".