



**Universitat de les
Illes Balears**

**¿QUE ESTRATEGIAS HABILIDADES SOCIALES Y
COMUNICATIVAS DEBE TENER EL PROFESIONAL DE LA
SALUD EN RELACIÓN A LA COMUNICACION DE LAS MALAS
NOTICIAS?**

NOMBRE DEL AUTOR: Elena Llompart López

DNI DEL AUTOR: 43204907M

NOMBRE DE LA TUTORA: Antonia Pades Jimenez

Memoria del Trabajo de Final de Grado

Estudio de Grado de enfermería

Palabras clave: Comunicación, malas noticias, personal sanitario, personal de enfermería, destrezas.

Key words: Breaking/ communication, bad news, health care, nursing staff, skills.

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2014-2015

En caso de no autorizar el acceso público al TFG, marque la siguiente casilla:

Resumen

La comunicación constituye un componente clave en la relación con el paciente, siendo uno de los elementos más importantes que definen la calidad de los cuidados.

Comunicar malas noticias es una frecuente y difícil tarea con la que tienen que enfrentarse los profesionales sanitarios y para la cual no se ha previsto una formación específica en los planes curriculares. Los profesionales no se sienten preparados para esta compleja y desagradable tarea siendo para ellos una fuente de ansiedad.

Objetivo: Determinar cuáles deben ser las estrategias y habilidades en la comunicación de las malas noticias.

Metodología: Se trata de una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como son Pubmed, Embase, IME, Cuiden, Cinhal, SCOPUS y ERIC tanto en castellano como en inglés. Los límites utilizados fueron desde el año 2005 hasta la actualidad y de texto completo de aparición.

Resultados: Un total de 24 documentos obtenidos en esta búsqueda utilizados para la resolución de los objetivos planteados en este estudio.

Discusión: Necesitamos una formación en habilidades y estrategias comunicativas que nos permitan informar al paciente sin causarle más daño que la propia noticia. Para facilitar el proceso comunicativo existe un protocolo elaborado por Buckman y Baile 1984, que consta de 6 pasos resumidos en el acrónimo SPIKES.

Conclusión: Actualmente la enseñanza sobre comunicación es todavía muy escasa. Está demostrado que una buena formación conseguirá una mejoría del bienestar físico y emocional de los pacientes. Debemos introducir cambios en los programas educativos y así conseguiremos nuevas estrategias en estilos comunicativos.

Palabras clave: Comunicación, malas noticias, personal sanitario, personal de enfermería, destrezas.

Key words: Breaking/ communication, bad news, health care, nursing staff, skills.

- **Introducción**

La comunicación constituye un componente clave en la relación con el paciente, siendo uno de los elementos más importantes que definen la calidad de los cuidados y capacitación profesional del individuo (1). Junto con el control de síntomas y el apoyo emocional son instrumentos básicos que utilizamos en el progreso diario de nuestra profesión (2).

Sin embargo desarrollar una comunicación efectiva no es algo que suceda de forma natural. Es un proceso altamente complejo que debe ser entendido en términos psicológicos antes de que podamos comprender por qué fracasa estrepitosamente en ocasiones, o qué tipo de habilidades deben aplicarse para mejorarla (1).

Así mismo es un elemento fundamental para amortiguar el impacto emocional y facilitar su percepción de control, de tal modo que el enfermo pueda sentirse entendido y respetado en su mundo de valores y disponga del espacio para participar en la toma de decisiones que le afecten (2) (3).

Numerosos estudios sobre la comunicación médico-paciente revelan la existencia de múltiples dificultades cuando se trata de escenarios en los que se dan situaciones críticas (2) (3).

Comunicar malas noticias es una frecuente y difícil tarea con la que tienen que enfrentarse los profesionales sanitarios, a pesar de que ha sido considerada como una competencia menor comparada con los otros aspectos técnicos de la práctica médica. Además no se ha previsto una formación específica de comunicación en los planes curriculares tanto de pre como de postgrado. Los profesionales no se sienten preparados para esta compleja y desagradable tarea, y esto es una fuente de ansiedad (4).

Los receptores de las malas noticias difícilmente olvidan dónde, cuándo y cómo les fue comunicada. Es así que resulta imprescindible que los profesionales involucrados en estos procesos reciban educación y entrenamiento para adquirir habilidades desarrollando una comunicación eficiente a la hora de dar malas noticias (5). Estudios aleatorizados han demostrado que el aprendizaje de habilidades de comunicación puede producir un impacto positivo tanto en el dador como en el receptor de malas noticias (4).

Por "mala noticia" se entiende cualquier información que afecta negativamente las expectativas que tiene el paciente de sí mismo y su futuro. Por lo tanto la comunicación de malas noticias incluye una gran variedad de situaciones (desde el resultado de un examen, hasta un diagnóstico de mal pronóstico). Sin embargo, los casos en los que suponemos un quiebre profundo y radical de las expectativas de una persona son los que presentan mayores dificultades y los que han generado una serie de interrogantes a la hora de informar (6).

Existen protocolos que estructuran el proceso comunicativo de manera eficiente y eficaz. Un protocolo frecuentemente conocido y utilizado es el elaborado por Buckman y Baile 1984. Éste estructura el proceso de comunicación de una noticia adversa en los siguientes 6 pasos que son resumidos en el acrónimo SPIKES traducido al español como EPICEE (aludiendo a la palabra "epicentro" fácil de recordar): Entorno (preparación personal y del lugar), Percepción del paciente sobre su condición, Invitación a recibir información, Conocimiento (entrega de información), Exploración y acogida de los sentimientos y Estrategia futura (6).

La mayoría de artículos refieren al médico como el principal protagonista y responsable de la comunicación de las malas noticias, pero cada vez enfermería adquiere más relevancia. Se asume que son los que mayor contacto y cercanía tienen con pacientes y familiares, y quienes afrontan las actitudes de negación y evasión de los enfermos sobre su diagnóstico (7).

Considerando el desconocimiento de cómo abordar al paciente y su familia al dar una mala noticia, y que la mayoría del personal de salud aprende durante su desarrollo profesional con el paso de los años; con el presente trabajo pretendo estudiar los pasos y estrategias a seguir para transmitir una mala noticia de forma adecuada, generando una mejor relación profesional-paciente en la práctica diaria (8).

- **Objetivos**

El objetivo de este trabajo es determinar cuáles deben ser las estrategias y habilidades en la comunicación de las malas noticias.

- **Metodología:**

Para la realización de este trabajo y en base a la pregunta de mi investigación he utilizado las palabras claves necesarias. Seguidamente convertidas en descriptores mediante el DeCS o MeSH tanto en inglés como en castellano empleadas para la revisión bibliográfica.

A continuación, he realizado la búsqueda bibliográfica a través de los metabuscadores EBSCOhost y BVS, marcando todas las bases de datos necesarias para la realización de la búsqueda. Así mismo he seleccionado varias bases de datos específicas Pubmed, Embase, IME, Cuiden, Cinhal, SCOPUS y ERIC. Los límites impuestos fueron que la selección de la documentación científica sea de los últimos 10 años (2005-2015) e idiomas castellano e inglés. Por otro lado los criterios de exclusión fueron artículos de poco interés para mi tema de investigación y déficit de calidad del estudio.

He añadido a la búsqueda bibliográfica un libro de interés obtenido a través de la biblioteca de la Universitat de las Illes Balears. En el Anexo I se pueden observar las diferentes combinaciones de los descriptores con los booleanos y los resultados finales de la búsqueda bibliográfica con dichas combinaciones.

- **Resultados**

A través de nuestra búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos escogemos 24 artículos de interés para el tema de investigación, desechando así los que no se acercaban a nuestro objetivo de estudio o no se ceñían en los límites establecidos.

En el Anexo I se clarifican los resultados obtenidos clasificados por diferentes bases de datos específicas.

- **Discusión**

La comunicación de malas noticias es una de las tareas más espinosas que va ligada a la práctica profesional. Nos comunicamos con los pacientes continuamente y es un tema que nos preocupa, ya que según Ayarra y Lizagarra, et al. (2009) no nos han formado en el área de comunicación. Nuestras facultades de medicina-enfermería han contemplado el binomio salud-enfermedad desde una perspectiva totalmente biológica. Por lo tanto se ha desatendido y se desatiende la formación en esta materia de habilidades de comunicación (9).Según Irela, et al. (2014) la comunicación se complica de tal modo,

que algunos médicos se sienten incómodos en el papel de comunicadores. Así queda claro que no sólo es difícil para el paciente recibir la información, sino también para el médico asumir el papel de portador de la misma (10).

Así mismo los autores Peña y Solé-Balcells, et al. (2010) explican que una buena comunicación entre médico y paciente ha demostrado afectar positivamente la satisfacción del paciente con la atención recibida, a la decisión terapéutica, al grado de seguimiento de los protocolos por parte del paciente, al estrés del mismo y a las reclamaciones por mala práctica (11).

¿Por qué es difícil comunicar malas noticias?

Es una situación que no es placentera. Los profesionales no desean quitarle la esperanza a nadie. Por otro lado, muchos temen la reacción del paciente o la de los familiares o la dificultad para resolver una respuesta emocional determinada (5). Según los autores Lima, et al. (2003), Villa López, et al. (2007) y García Díaz, et al. (2006) existen varios factores para tener en cuenta:

Factores socioculturales

Actualmente la mayoría de las culturas occidentales tienen como principios básicos la juventud, la salud y la riqueza. Aquellas personas que no se rigen por los valores marcados por la sociedad pueden sentirse de alguna manera marginados. Siguiendo esta lógica informar a una persona sobre una mala noticia implica en cierto modo, decirle que está disminuyendo su valor “social”. Esta sensación es aún más dolorosa cuando la mala noticia implica el riesgo de morir.

Por otro lado las elevadas expectativas terapéuticas que depositan en la medicina de alta tecnología suponen una difícil asunción de situaciones irreversibles.

Factores del personal sanitario

Derivan primordialmente de los temores que experimentan los profesionales sanitarios a la hora de comunicar una mala noticia, las repercusiones que pueden desencadenar en la relación profesional-paciente. A continuación se exponen los temores causantes.

Miedo a causar dolor:

La comunicación de una mala noticia causa dolor en el paciente. Lamentablemente aliviar el dolor es una tarea complicada, no existen analgésicos para el sufrimiento humano. Además ser poco hábiles dando malas noticias puede generar un sufrimiento añadido innecesario en la persona que recibe la mala noticia y un deterioro en la relación sanitario-paciente posterior. Por ello es necesaria una preparación previa en habilidades comunicativas y estrategias que nos permitan abordar cualquier clase de sentimientos que surjan en los pacientes, disminuir el impacto emocional en el momento de ser informado e ir asimilando la nueva realidad progresivamente (12).

Temor a expresar las propias emociones:

Los profesionales de la salud (especialmente los médicos) tienen dificultades para expresar sus propios sentimientos ante los pacientes. Estas trabas provienen de su formación específica. Son entrenados para permanecer en calma, para razonar de forma clara y lógica, incluso en las situaciones más urgentes. Así, una mayoría de médicos consideran cualquier reacción emocional (enojo, ansiedad excesiva, etc) como una actuación poco profesional capaz de debilitar nuestra “imagen” frente al paciente o la familia. Dado que la conexión empática con el paciente requiere la participación emocional del profesional, la dificultad para expresar sentimientos actuará a modo de barrera comunicativa (4).

Miedo al fracaso terapéutico:

Los avances que han surgido en las últimas décadas, las técnicas de diagnóstico y tratamiento, han causado la esperanza en la sociedad que toda patología tiene cura y así de algún modo se niega la posibilidad de muerte. Los profesionales pueden vivir como un fracaso la ausencia o insuficiencia de tratamiento. Y esta ausencia puede conducir al llamado “encarnizamiento terapéutico” (perseverar en la administración de una terapia a pesar de su constatada futilidad) o probar con otros tratamientos, experimentales o no suficientemente probados, con el consiguiente riesgo para el paciente.

Temor legal:

El aumento de las demandas a médicos por parte de pacientes ha sido progresivo desde los años setenta en los países avanzados. La “judicialización” de la Medicina tiende a

generar que todo ser humano tiene derecho a ser curado y que cualquier fracaso terapéutico siempre se debe a un error o negligencia (ya sea humana o del sistema) que merece castigo penal y civil.

Factores del paciente

La mala noticia depende en muchas ocasiones del impacto que causará en el paciente. Muchos pacientes asumen con total naturalidad su diagnóstico, el cual para el profesional de la salud podría resultar muy difícil de sobrellevar. Es conveniente que el receptor, quien decodifica el mensaje, este en un momento favorable y con una actitud positiva hacia el emisor. Los problemas o acontecimientos personales, familiares o laborales pueden disminuir temporalmente la receptividad (8).

¿Quién es el responsable de la comunicación de las malas noticias?

Para empezar muchos autores no contemplan la imagen de enfermería como comunicadora de las malas noticias, refiriéndose a una actividad inherente a la práctica médica (11). Un posible referente es el autor Bascuñán, et al. (2007) exponiendo que idealmente es el médico el encargado de la comunicación de las malas noticias, pero que debería haber un mutuo acuerdo, ya que lo problemático es que distintos profesionales informen al paciente creándose contradicciones (6). Al igual que Bascu, et al. (2013) opinando que hoy en día múltiples profesionales ofrecen atención al paciente y estos preguntan los mismos interrogantes. Por ello es necesaria la coordinación en el interior del equipo de salud con el fin de evitar la entrega de información diferente y definir las funciones que cumplirá cada uno (13).

Un estudio realizado por Abbaszadeh, et al. (2009) el cuál consistía en la realización de una entrevista a 19 enfermeras Iraníes, opinan que el responsable de la comunicación de las malas noticias debe ser el personal de medicina. Palabras textuales de algunas enfermeras como “Cuando un paciente me pregunta sobre su enfermedad no le respondo, en mi opinión es responsabilidad del médico responder a esa clase de preguntas y los pacientes deberían preguntarle al médico durante el pase de visita”, otra “Explicarles a los pacientes sobre diagnósticos y tratamientos nos causa ansiedad y estrés entre los compañeros. Normalmente no tengo toda la información y cuando un paciente me pregunta, simplemente respondo que no lo sé y que el médico le explicará todo lo antes posible”. La justificación de que las enfermeras no asuman la

responsabilidad de la comunicación de las malas noticias, es la insuficiente preparación y por lo tanto no se sienten capacitadas para hacerlo. Argumentos de enfermeras como “No sé como comunicar malas noticias a los pacientes. Por alguna razón, siempre intento delegarlo en mis compañeros” o “Entrenarse en comunicar malas noticias debería ser un requisito. Desafortunadamente la mayoría de nosotros no tenemos los conocimientos y habilidades necesarios para la comunicación de malas noticias”. Todos los comentarios del personal de enfermería citados anteriormente demuestran que no se sienten cómodas comunicando malas noticias a los pacientes sencillamente porque no han sido entrenadas para ello. Prefieren delegar la tarea en el personal de medicina o a otros compañeros que se sientan más preparados (14).

Otros autores como Arranz y Albornoz et al. (2006), Bascu, et al. (2013) y López, et al. (2010) opinan que es bueno y beneficioso que los distintos profesionales compartan la entrevista sabiendo las funciones de cada uno y respetando las necesidades del paciente. Al principio, el hecho de compartir este tipo de entrevistas puede generar en algunos médicos cierto rechazo o resistencias, al considerar que el proporcionar la información es un acto puramente médico. No obstante, una vez que se arriesgan a dar el paso de aceptar el nuevo modelo perciben mucho apoyo por parte de los otros profesionales y ello facilita enormemente su tarea. Gracias a la sesión interdisciplinaria no necesita explicar a la enfermera lo que quería saber el paciente, cómo ha reaccionado o qué le preocupaba porque ha participado en ella. Compartir la entrevista es un hecho esencial para el personal de enfermería. Es el que pasa más tiempo junto al paciente y después de la información recibida tendrá dudas o preguntas que necesitarán ser aclaradas por enfermería (2)(13)(15).

Por otro lado López, et al. (2009) expone que en general es recomendable que sea el profesional que atiende directamente al paciente y el que tenga mayor información sobre el proceso y las alternativas terapéuticas. Puede hacerlo solo o con ayuda de otros profesionales del equipo (16).

González, et al. (2010) puntualiza en su artículo que el personal de enfermería es el que tiene mayor trato con los familiares y pacientes por su cercanía, y quienes afrontaban las actitudes de negación y evasión de los enfermos sobre su diagnóstico. Se refleja por tanto la necesidad de formar hacia el manejo de dichas actitudes (17).

No hay un acuerdo de opiniones de quién debe comunicar las malas noticias, pero si sería bueno que los profesionales de la salud conocieran su rol dentro del equipo y que información está capacitado para comunicar cada uno. Las enfermeras por lo general no quieren responsabilizarse de la comunicación de las malas noticias porque no se sienten preparadas y entrenadas para ello. Sería conveniente que se facilitara formación y entrenamiento para crecer en habilidades sociales. De esta forma podrían asumir de manera autónoma el rol de comunicador y apoyo emocional para el paciente. Porque como dicen diversos autores como Arranz y Albornoz, et al. (2006), y González, et al.(2010) las enfermeras son las que más tiempo pasan con los pacientes y muchos nos toman como referentes de confianza (2)(16).

¿Cómo debemos comunicar las malas noticias?

Según Guerra, González, y Camus, et al. (2014) antes de la comunicación de las malas noticias debemos cerciorarnos de cumplir las siguientes cuatro condiciones:

1. Poseer información cierta y completa del diagnóstico, la gravedad y el pronóstico de la enfermedad. Se debe estar bien preparado antes de comunicarse con el paciente.
2. Considerar los elementos propios de la idiosincrasia de cada paciente, como son su personalidad, situación laboral y estado económico. Las creencias religiosas son un apoyo psicológico importante, por lo que es primordial conocer el grado de implicación del paciente con su fe.
3. Es eficaz diseñar de antemano las relaciones con los familiares, ya que a menudo se precisa informar a cada uno de los integrantes de la familia. Es mejor escoger a un miembro familiar portavoz y entenderse solo con él puesto que las explicaciones entre los diferentes familiares pueden ser interpretadas de manera diferente entre ellos o crear confusión. Durante la entrevista los familiares preguntan información que no todos los pacientes quieren conocer, o al menos, no de forma directa y total, prefiriendo un conocimiento gradual. Hay que saber gestionar la información. Se debe recordar a los familiares que de momento responderemos a las preguntas del paciente, que es el interesado y que en otro momento si lo desean después de la consulta hablaremos con ellos. Esta respuesta es amable pero firme y suele ser efectiva. En el extremo opuesto se encuentra la familia que ruega al médico que oculte al paciente su diagnóstico.

Basándose en el derecho a ser informado, si el paciente lo pide abiertamente hay que informarle.

4. Valorar la relación médico-paciente planteada en la que entran en juego el grado de confianza mutuo, las experiencias previas y la participación de otros profesionales. Un vínculo estrecho médico-enfermo facilita el proceso comunicativo. Pero en algunos casos puede aumentar la tensión emocional, la implicación personal y como consecuencia la frustración del médico que no puede evitar el mal de su paciente.

Si se consideran todas estas premisas se conseguirá una verdadera comunicación. Así mismo la forma de informar, como primera etapa de la comunicación, es una herramienta terapéutica y como todas las herramientas requiere un aprendizaje. Podríamos enunciar que la comunicación no es un don, sino una habilidad que se puede aprender (17).

Del mismo modo que hay variedad de malas noticias, no hay una única manera de abordarlas. Con el fin de facilitar la tarea Buckman y Baile en 1986 diseñaron un protocolo de seis pasos, que junto a una serie de habilidades encuadradas en el counseling, o relación de ayuda permiten al sanitario comunicar las malas noticias de manera más adecuada para el paciente. Logrando un menor coste emocional para él personalizando la información, consintiendo la adaptación a la nueva situación y acompañarlo tras la comunicación.

A continuación se explicará el protocolo de Buckman el cuál es utilizado por muchos autores en sus artículos como referencia para la comunicación de las malas noticias (3) (4) (5) (8) (16) (18) (19) (20) (21) (22).

Estrategia de Buckman

Etapa 1. Preparación de la entrevista.

Lo primero de todo repasar la historia clínica del paciente, los diagnósticos y constatar las pruebas que se le han realizado. Seguidamente prepararse mentalmente de lo que tenemos que decir y como lo diremos. Es importante buscar el espacio físico adecuado que garantice la intimidad, que permita que no haya interrupciones y que se pueda estar el tiempo necesario. Hay que evitar dar información de pie puesto que estar sentado relaja al binomio paciente-familiar, y con este gesto se transmite la sensación de que no

se tiene prisa favoreciendo un ambiente de interés y respeto. Del mismo modo evitar los pasillos y habitaciones compartidas, ya que en estas circunstancias es posible que conversaciones cruciales sean entorpecidas. También es mejor no comunicar malas noticias por la tarde-noche y elegir un momento que sea adecuado para el sanitario. Porque el cansancio de una guardia o de un día ajetreado, así como el impacto de la propia mala noticia si es inesperada condicionan el estado emocional del informador y por tanto, la manera de comunicar y el efecto provocado en el paciente o en su familia. Por último muchos pacientes quieren estar junto a familiares cercanos, sería conveniente preguntar qué familiares quiere que le acompañen en el momento de la información.

Etapa 2. ¿Qué sabe el paciente?

Este paso está orientado a averiguar cuánto sabe el paciente sobre su estado de salud, como dice Buckman “before you tell ask”, con preguntas abiertas y fijarse en el lenguaje que utiliza para ello. Es interesante comenzar la entrevista con una pregunta franca, tal como: “¿qué se le ha dicho de su problema hasta el momento?, o bien ¿está usted preocupado por lo que le está pasando?”. En este paso hay que considerar tres aspectos generales de la situación.

1. El grado de comprensión de su situación médica. Puede existir distancia entre la realidad y el conocimiento del paciente. En ocasiones el paciente puede referir no saber nada aunque se tenga la certeza de que se le ha proporcionado información. Aceptar esta conducta como un mecanismo de negación o a que desea comparar la información con las recibidas previamente.
2. Las características culturales del paciente que tenemos delante. Es importante estar atentos al vocabulario y a las expresiones que emplea, ya que esto proporciona claves para personalizar y adaptar la forma de dar la información a ese paciente concreto con lenguaje similar al que él ha empleado.
3. La carga emocional de sus palabras. Es importante intentar explorar las emociones transmitidas en su conducta. Ello requiere atención a la comunicación verbal y no verbal del paciente, intentando identificar contradicciones, si las hay entre ambos tipos de comunicación y tratar de entender los sentimientos del paciente.

Atender a los tres aspectos permitirá corregir interpretaciones erróneas del proceso y de las alternativas terapéuticas, adaptar la información a su nivel de comprensión y al

impacto emocional que ha supuesto el problema. En definitiva personalizando la información puede conseguirse una mejor conexión entre el paciente, la familia y el equipo terapéutico, sin añadir más sufrimiento del que ya conllevan estos procesos (19).

Etapa 3. ¿Qué quiere conocer el paciente?

Se trata de definir a qué nivel quiere conocer el paciente lo que le está pasando. Hay que identificar con claridad que es prioritario para la óptica del paciente. En esta etapa se pretende conocer cuál es realmente la preocupación de la persona y qué es exactamente lo que le gustaría saber (“verdad soportable” según algunos autores). Aquí suelen aparecer discordancias entre lo que el profesional quiere comunicar y el interés del paciente, entonces se debe adaptar la información a las demandas del paciente. Para ello se puede preguntar directamente: ¿qué quiere saber de lo que le está ocurriendo o de la prueba que le van a hacer? ¿Quiere que hablemos de la enfermedad, o mejor sólo del tratamiento y los cuidados? ¿Hay algo que le preocupe o que quiera preguntarme?

Por último cada persona tiene su ritmo adaptativo a las situaciones y en el deseo de información. Incluso hay personas que no desean saber nada y hay que respetar ese deseo dejando la puerta abierta a hablar en otro momento si así lo quisiese: “Veo que ahora no quiere que hablemos de esto. Si en otro momento cambia usted de opinión, podemos hacerlo”.

Etapa 4. Compartir la información.

Si el paciente nos indicó que su preferencia es saber toda la verdad de su situación, procederemos de acuerdo a su voluntad. En caso contrario puede hablarse con él del plan terapéutico y de los planes posteriores a seguir. En el momento de dar la información se debe utilizar un lenguaje sencillo y adecuado al nivel intelectual y cultural del paciente. Antes de citar el diagnóstico adverso conviene emplear una frase introductoria del estilo de: “Me temo que su evolución no es la que esperábamos”. Esto dará tiempo al paciente para prepararse para el golpe y aliviará el impacto emocional de la mala noticia.

Intentar prescindir de terminología técnica, eufemismos o jerga médica con frecuencia malinterpretada por parte del enfermo. También para dar tiempo a que el receptor asimile la información administrarla en pequeñas dosis. Dejar pausas entre las frases para permitir fluir las emociones del paciente y familia. Del mismo modo reforzar y

clarificar la información impartida. Chequear frecuentemente el grado de comprensión. Preguntar: ¿me entendió? O mejor aún ¿me expliqué? Si le queda dudas solicitar al paciente que le explique con sus propias palabras qué entendió. Utilizar material gráfico o video si lo tiene a su disposición. Permitir ser interrumpido, los problemas o sensaciones profundas no emerge con facilidad.

Etapa 5. Respondiendo a las reacciones del paciente.

Sólo si estamos dispuestos a apoyar al paciente en sus emociones posteriores estaremos moralmente autorizados a comunicarle una mala noticia. Las reacciones que pueden concluir son diversas: ansiedad, miedo, tristeza, agresividad, negación o ambivalencia.

En situaciones de estrés los rasgos de personalidad se acentúan y eso afecta a las manifestaciones del paciente. Cada persona se expresa como sabe y como puede. En esta etapa más que en ninguna otra es fundamental manifestar paciencia y respeto. Para ello es preciso comprender su estado emocional y transmitirle que le comprende. Debe hacerse de manera verbal pero sobre todo con comunicación no verbal (postura cercana, con el contacto de la mano en el hombro o en la mano del paciente, con una mirada cálida y directa a los ojos y con el silencio).

Si se percibe que el paciente tiene miedo hay que averiguar cuáles pueden ser, así nos permitirá entablar una conversación con confianza de lo que realmente le preocupa. No olvidarnos de acompañarle en silencio, porque aunque no se tengan todas las soluciones al sufrimiento siempre podemos acompañar de forma sensible hasta que restaure sus emociones y pueda volver a hablar.

Etapa 6. Plan de cuidados y seguimiento.

Llegados a este punto el oyente suele sentirse confuso, abatido y preocupado por la información que acaba de recibir. Se intentará demostrar al paciente que estamos a su lado, que vamos a apoyarle durante todo el proceso y es la hora de elaborar un nuevo plan de cuidados basados en las expectativas que se intentarán cumplir: aliviar síntomas, compartir miedos y preocupaciones. Para que el paciente tenga mayor accesibilidad y disponibilidad pactar la frecuencia de entrevistas, visitas domiciliarias, contacto telefónico...

Es conveniente hacer con el paciente un resumen de la situación, establecer el plan de seguimiento, explicar qué hacer cuando las cosas no ocurran como estaban previstas y saber adónde y a quién tiene que dirigirse en esas situaciones. Todo esto disminuye la ansiedad y la incertidumbre en la persona que recibe la mala noticia (15).

Habilidades y estrategias para la comunicación de las malas noticias

Como ya hemos tenido la oportunidad de mencionar anteriormente la comunicación entre seres humanos es muy difícil y este hecho adquiere complejidad cuando se tratan de malas noticias. Necesitamos una formación en habilidades y estrategias comunicativas que nos permitan informar al paciente sin causarle más daño que la propia noticia.

A continuación se citarán las características determinadas por la autora López, et al. (2010) que debe poseer un buen comunicador, y una vez conocidas deben ejercitarse garantizándose una mejoría en la comunicación.

- Empatía
- Capacidad de escucha
- Calidez-cordialidad
- Concreción
- Respeto

Empatía

Cualidad imprescindible para una adecuada comunicación con el paciente. Puede definirse como la capacidad de “ponerse en el lugar del otro”, de sintonizar con las emociones del otro. Es la habilidad para comprender los pensamientos y emociones del paciente y ser capaz de transmitírselo. A lo largo de una entrevista en la que se informa de una mala noticia se dan una serie de oportunidades empáticas que el profesional puede aprovechar para mostrar su solidaridad emocional con el paciente. Podemos hacerlo de forma verbal: “entiendo que una baja para ti sea un problema”, “comprendo que te sientas así”, o no verbal: tono de voz cordial, un acercamiento corporal, una asentimiento con la cabeza, tocar la mano...

La empatía es una cualidad muy valorada por los pacientes que reporta muchas satisfacciones al profesional.

Capacidad de escucha

Es probablemente el error más frecuente a la hora de comunicarse con el paciente. No permitimos que explique sus preocupaciones, situación o dudas con sus palabras y a su ritmo. Interrumpir es un acto frecuente integrado en la práctica profesional. Con las interrupciones, en general no se ahorra tiempo y fácilmente se empeora la relación profesional-paciente.

Para facilitar que las personas se expresen pueden utilizarse estrategias como asentir con la cabeza cuando está hablando, y/o repetirse de manera afirmativa lo último que ha dicho. Con ello podrá percibir que se le escucha y se le anima a continuar hablando. También se puede pedir que clarifique algo que no se ha entendido o señalar alguna emoción que se ha percibido en él.

Calidez-cordialidad

Es el clima que se crea durante la entrevista y normalmente está ligado a la comunicación no verbal. Demostramos ser cálidos con nuestros gestos: como por ejemplo cuando recibimos al paciente saludándolo por su nombre, mirarlo a los ojos, utilizar un tono adecuado, sentarse en la cabecera de la cama...La calidez la podemos modular en función del paciente o la circunstancia, en ocasiones nos interesará mantener una cierta distancia terapéutica y optaremos por disminuir la calidez.

Concreción

Utilizar un lenguaje adaptado al nivel cultural del paciente. Así mismo no se deben utilizar tecnicismos ni jerga médica, tiene que ser un lenguaje comprensible para el paciente. De la misma manera ser capaz de sintetizar, resumir y acordar objetivos comunes.

Respeto

Implica la aceptación completa de la persona tal y como es sin prejuicios ni juicios de valor. Así como ser discreto y velar por la confidencialidad de la persona. Si conseguimos crear un ambiente respetuoso la persona se mostrará tal y como es.

Asertividad

Olga Castanyer define la asertividad como la cualidad de actuar en nuestro rol profesional, ejerciendo nuestros derechos y deberes con seguridad y destreza. Ser diestros en expresar lo que pensamos o sentimos si ofender al prójimo. Ser asertivo es también ser capaz de hacer lo que creemos más oportuno o mejor a pesar de que no coincida con los deseos del paciente.

Además si el paciente siente que el médico conoce lo que está haciendo y diciendo transmitirá serenidad en el proceso. Incluso en situaciones de incertidumbre es necesario que el paciente sienta de dónde proceden las dudas y como se irán solventando, contando con sus opiniones y deseos.

Silencio

Es una habilidad muy importante: el silencio del profesional a la afirmación del paciente “Veo que esto va mal” corrobora la frase. Además del silencio permite que el paciente reflexione sobre lo hablado y le permite expresar emociones sin sentirse limitado, vulnerable, débil, humillado, avergonzado, culpabilizado o incómodo. A los profesionales de la salud les cuesta emplear el silencio en la comunicación, ya que la preparación recibida ha sido dirigida a la acción. La práctica en el silencio hace que sea una parte más en nuestra forma de comunicarnos con los pacientes.

La comunicación no verbal

En el instante en que dos personas se encuentran frente a frente, el proceso comunicativo se desarrolla en dos binomios simultáneos: el aspecto lingüístico y el aspecto no verbal. Ambos encajan para ofrecer el verdadero mensaje.

Podemos definir la comunicación no verbal como aquello que transmitimos sin palabras englobando la posición, expresión, gestos y posturas que adoptamos ante determinados estímulos.

Aspectos clave de la comunicación no verbal según Alonso, et al. (2009)(23).

- Es imposible no comunicar.
- Los estereotipos basados en el aspecto físico y la ropa que se transmiten en los primeros segundos del encuentro médico-paciente, aportan una serie de generalizaciones basadas en conceptos culturales que atribuyen “al otro” unas cualidades personales irracionales, y como consecuencia acarrear interferencias de comunicación.
- El primer paso para ejercer empatía es la sintonía emocional.
- La invasión del espacio burbuja (exploración física), es un momento clave en el que hay que cuidar la comunicación no verbal para transmitir asertividad, respeto e interés.
- Tenemos que cuidar los mensajes no verbales, ya que pueden tener varias interpretaciones y si no lo tenemos en cuenta pueden acarrear problemas en la comunicación con los pacientes.
- A través del canal del paraleguaje se transmite el matiz afectivo del lenguaje.
- Con el arma comunicativa del silencio podemos ganar infinidad de batallas.
- El domicilio del paciente es una fuente inagotable de información y debemos aprovechar el acto clínico para recabarla.
- Si nos encontramos con una situación conflictiva se deben analizar los mensajes no verbales e intentar verbalizarlos con el paciente, para que transmitan lo que voluntariamente quiere decir.

• **Conclusión**

Actualmente introducimos nuevas habilidades, técnicas y conocimientos en nuestra práctica diaria ampliándose así las responsabilidades que deben asumir los profesionales de la salud. Sin embargo seguimos manteniendo costumbres comunicativas de hace años con estilos muy prescriptivos, autoritarios y paternalistas. No reconocemos que la sociedad ha cambiado y que el paciente de ahora no sólo exige de nosotros mayores conocimientos, sino también un tipo de relación fluida, adaptada a sus necesidades y una atención más personalizada. Por lo tanto por muchas nuevas técnicas o conocimientos que empleemos sino nos formamos en el ámbito de la comunicación no conseguiremos aumentar la calidad de nuestra labor. Porque ser un buen profesional es mucho más que tener conocimientos en medicina.

A pesar de ello, la enseñanza sobre temas de comunicación es todavía muy escasa. La mayoría de las veces no forma parte de nuestro currículum y damos por supuesto que al finalizar la carrera sabremos comunicar malas noticias de manera innata.

Cabe destacar que en los países dónde se imparten enseñanzas sobre temas de comunicación en el pre y post graduado se ha podido objetivar una mayor adhesión a los tratamientos, satisfacción del usuario y de la calidad asistencial (24). Cada vez hay más estudios que demuestran que algunos problemas de comunicación no se resuelven con la experiencia del profesional, y que el tiempo por sí solo no basta para cubrir las deficiencias de la formación de los profesionales. Por el contrario una buena formación en temas de comunicación conseguirá una mejoría del bienestar físico y emocional de los pacientes. En consecuencia contribuyen a la satisfacción de ambos.

Con la realización de este trabajo he conseguido concienciarme de la importancia de la comunicación en el ámbito sanitario y a reflexionar sobre nuestras actitudes en la relación profesional-paciente. También me ha ayudado a sensibilizarme en que en un futuro profesional quiero alcanzar una atención de calidad al paciente, basado en el “saber hacer” y en habilidades comunicativas. Es fundamental un equilibrio entre la capacidad técnica y humana, ser una enfermera que no se olvide que el paciente es un ser biopsicosocial.

Por otro lado he aprendido que es necesaria una formación en comunicación de malas noticias, ya que la relación establecida con el paciente es una variable importante a efectos de impacto emocional. Dicho aprendizaje puede llevarse a cabo mediante el estudio de protocolos, la asistencia a cursos, material gráfico, ejercicios de grupo y role-playing. Es especialmente importante que introduzcamos ya cambios en los programas educativos y así conseguiremos nuevas estrategias en estilos comunicativos.

De igual forma he podido comprobar en la realización de las prácticas en Ecuador, que el profesional sanitario está más preparado en habilidades comunicativas. Según mi experiencia personal, las enfermeras incluyen el valor de la comunicación en las actividades sanitarias. A diferencia de lo que he podido observar en España que en ocasiones queda relegado a un segundo plano.

Al mismo tiempo los profesionales de la salud generalmente acompañan la información con comunicación no verbal (posición corporal, contacto físico, expresiones faciales, acompañamiento...).

Me queda un largo camino en relación al aprendizaje de estrategias y habilidades comunicativas. Pero la investigación en este trabajo ha sido un primer paso y una fuente de motivación para continuar formándome sobre el tema de estudio.

- **Bibliografía.**

1. Asenguinolaza Chopitea L, García-Campayo S TAP. Máster de enfermería. 2005.
2. Arranz P, Albornoz CDE. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO COMO FACTOR DE PREVENCIÓN DEL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO : LA ACOGIDA. 2006;127-37.
3. Villa López B. Recomendaciones Sobre Cómo Comunicar Malas Noticias [Recommendations for How To Communicate Bad News]. Nure Investig. 2007;31(1):1-9.
4. García Díaz F. Comunicando malas noticias en medicina: Recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. Med Intensiva. 2006;30(9):452-9.
5. Lima AEADE. ¿ Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento ? Rev Argent Cardiol. 2006;71(5):217-20.
6. Bascuñán ML, Roizblatt a, Roizblatt D, Fax F. MEDICINA Y PERSONA Comunicación de malas noticias en medicina : un estudio exploratorio. Med Interna (Bucur). 2007;51:28-31.
7. Pereira MAG. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. Texto Context - Enferm. 2005;14(1):33-7.
8. Dar C, Noticias M, Peña KC. P R E S E N T A : 2013;
9. Ayarra M, Lizarraga S. Malas noticias y apoyo emocional. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2009;24:55-63. Available from: http://scholar.google.es/scholar?start=350&q=emociones+en+el+entorno+laboral&hl=es&as_sdt=0,5#5

10. Irela C, Sánchez A, Zaragoza RC, Gabriela M, Omar R, Segovia O, et al. Factores que influyen y dificultan la comunicación de malas noticias en el personal de salud Factors that affect and hinder bad news communication on health personnel. 2014;24(5):20–6.
11. Peña J a., Solé-Balcells FX. La comunicación de malas noticias en medicina. Actas Urol Esp. 2010;34(10):832–4.
12. Chris R, Warnock C. Breaking bad news: issues relating to nursing practice. 2015;
13. Bascu L. Comunicación de “ malas noticias ” en salud. 2013;24(4):685–93.
14. Abbaszadeh A, Ehsani SR, Akbari M, Dopolani FN, Nejati A, Mohammadnejad E. Journal of Medical Ethics and History of Medicine Nurses ’ perspectives on breaking bad news to patients and their families : a qualitative content analysis. 2009;1–7.
15. López AS. Comunicación de malas noticias. Rev Esp Com Sal [Internet]. 2010;1:39–49. Available from: http://www.aecs.es/1_1_com_malas_noticias.pdf
16. González RM. Comunicación de malas noticias:perspectiva enfermera. 2010;
17. Guerra-tapia a, González-guerra E, Camus A. Transmisión de malas noticias en la consulta Communicating Bad News During an Office Visit. 2014;104(1):2013–5.
18. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale E a, Kudelka a P. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5:302–11.
19. López AS. Comunicación de malas noticias. Seminarios de la Fundacion Espanola de Reumatologia. 2008. p. 111–22.
20. Rollins LK, Hauck FR. Delivering Bad News in the Context of Culture: A Patient-Centered Approach. 2015;22(1):21–6.

21. Rosenzweig MQ. Breaking bad news: a guide for effective and empathetic communication. *Nurse Pract* [Internet]. 2012;37:1–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22252021>
22. Buckman RA. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*. 2005. p. 138–42.
23. Alonso Arias Sira FVJ y nuño GM. Cómo interpretar la comunicación. 2008;15(5):2008.
24. Skye EP, Wagenschutz H, Steiger J a., Kumagai AK. Use of Interactive Theater and Role Play to Develop Medical Students' Skills in Breaking Bad News. *J Cancer Educ* [Internet]. 2014;29:704–8. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s13187-014-0641-y>

- **Anexo I**

BASES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS EN CIENCIAS DE LA SALUD
BLOQUE TEMÁTICO 2: FUENTES DOCUMENTALES
UNIDAD DIDÁCTICA 3: BASES DE DATOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Estrategia de búsqueda bibliográfica			
Pregunta de Investigación	¿Qué estrategias y habilidades comunicativas debe tener el personal sanitario en relación a la comunicación de las malas noticias?		
Objetivos	- General: Determinar cuáles deben ser las estrategias y habilidades en la comunicación de las malas noticias		
Palabras Clave Key words	-Comunicación, malas noticias, personal sanitario, personal de enfermería, destrezas -Communication, bad news, health care, nursing care, skills		
Descriptores	Los descriptores se presentarán en Castellano e Inglés para su uso en las bases de datos traducidos al lenguaje documental a partir de las palabras clave generadas en DESC		
		Castellano	Inglés
	Raíz	Comunicación malas noticias	Communication/breaking bad news
	Secundario(s)	Personal sanitario Personal de enfermería	Health care Nursing care
	Marginale(s)	Destrezas	Skills
Booleanos	Especificar los tres niveles de combinación con booleanos		
	1er Nivel	(Communication) AND (bad news) AND (health care)	

	2do Nivel	(Communication) AND (bad news) AND (nursing care)		
	3er Nivel	(Communication) AND (bad news) AND (nursing care) AND (skills)		
Área de Conocimiento	Ciencias de la Salud (Enfermería, Psicología, Medicina) Justificación: La selección de las bases de datos está basada en la área de conocimiento del estudio, para que se puedan obtener las fuentes primarias y secundarias para asegurar la efectividad y evitar sesgo de selección de documentación.			
Selección de Bases de Datos	Metabuscadores EBSCOhost <input checked="" type="checkbox"/> BVS <input checked="" type="checkbox"/> OVID <input type="checkbox"/> CSIC <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>	Bases de Datos Específicas Pubmed <input checked="" type="checkbox"/> Embase <input type="checkbox"/> IME <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Ibecs <input type="checkbox"/> Psyinfo <input type="checkbox"/> LILACS <input checked="" type="checkbox"/> Cuiden <input checked="" type="checkbox"/> CINHALL <input checked="" type="checkbox"/> Eric <input checked="" type="checkbox"/> Scopus <input checked="" type="checkbox"/> Ibecs <input checked="" type="checkbox"/>	Bases de Datos Revisiones Cochrane <input type="checkbox"/> Excelencia Clínica <input type="checkbox"/> PEDro <input type="checkbox"/> JBI <input type="checkbox"/> Otras (especificar) <input type="checkbox"/>	
Años de Publicación	La selección de la documentación científica de los últimos 10 años (2005-2015)			
Idiomas	Castellano e inglés			
Otros Límites	1. Documentos de acceso a texto completo			
	2. Exclusión la literatura gris			
	3. Descriptores incluidos en los tesauros			
Resultados de la Búsqueda				
Metabuscador	EBSCOhost			
Combinaciones	1er Nivel	X	3er Nivel X	
	2do Nivel	X	Otros	
Límites	- La selección de la documentación científica de los últimos 10 años (2005-			

introducidos	2015) - Idiomas castellano e inglés			
Resultados	1er Nivel	Nº 21	Resultado final	
	2do Nivel	Nº 9	4	
	3er Nivel	Nº 2	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº	Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias	X	
Metabuscador	BVS			
Combinaciones	1er Nivel		3er Nivel	
	2do Nivel	X	Otros	
Límites introducidos	- La selección de la documentación científica de los últimos 10 años (2005-2015) - Idiomas castellano e inglés			
Resultados	1er Nivel	Nº	Resultado final	
	2do Nivel	Nº 60	5	
	3er Nivel	Nº	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº	Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias	X	
Base de Datos Específica 1	PubMed			
Combinaciones	1er Nivel	X	3er Nivel X	
	2do Nivel	X	Otros	
Límites introducidos	- La selección de la documentación científica de los últimos 10 años (2005-2015) - Idiomas castellano e inglés			
Resultados	1er Nivel	Nº 325	Resultado final	
	2do Nivel	Nº 57	5	
	3er Nivel	Nº 28	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº	Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias	X	
Base de Datos	IME			

Específica 2				
Combinaciones	1er Nivel		3er Nivel	
	2do Nivel		Otros	X (Communication) AND (bad news)
Límites introducidos				
Resultados	1er Nivel	Nº	Resultado final	
	2do Nivel	Nº	1	
	3er Nivel	Nº	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº 2	Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias	X	
Base de Datos Específica 3	IBECS			
Combinaciones	1er Nivel	X	3er Nivel X	
	2do Nivel	X	Otros	
Límites introducidos	- La selección de la documentación científica de los últimos 10 años (2005-2015) - Idiomas castellano e inglés			
Resultados	1er Nivel	Nº 0	Resultado final	
	2do Nivel	Nº 0	0	
	3er Nivel	Nº 0	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº	Sin interés para mi tema de investigación	
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
Base de Datos de Específica 4	CUIDEN			
Combinaciones	1er Nivel	X	3er Nivel	
	2do Nivel		Otros	
Límites introducidos	-La selección de la documentación científica de los últimos 10 años (2005-2015) - Idiomas castellano e inglés			
Resultados	1er Nivel	Nº 5	Resultado final	
	2do Nivel	Nº	1	
	3er Nivel	Nº	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº	Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias	X	

			primarias	
Base de Datos de Específica 5	ERIC			
Combinaciones	1er Nivel		3er Nivel	
	2do Nivel		Otros	X (Breaking bad news) AND (nursing practice)
Límites introducidos	- La selección de la documentación científica de los últimos 10 años (2005-2015) - Idiomas castellano e inglés			
Resultados	1er Nivel	Nº	Resultado final	
	2do Nivel	Nº	3	
	3er Nivel	Nº	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº 127	Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias	X	
Base de Datos de Específica 6	SCOPUS			
Combinaciones	1er Nivel		3er Nivel	
	2do Nivel	X	Otros	
Límites introducidos	- La selección de la documentación científica de los últimos 10 años (2005-2015) - Idiomas castellano e inglés			
Resultados	1er Nivel	Nº	Resultado final	
	2do Nivel	Nº174	4	
	3er Nivel	Nº	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº	Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias	X	
Base de Datos de Específica 7	LILACS			
Combinaciones	1er Nivel	X	3er Nivel X	
	2do Nivel	X	Otros	
Límites introducidos	- La selección de la documentación científica de los últimos 10 años (2005-2015) - Idiomas castellano e inglés			

Resultados	1er Nivel	Nº 0	Resultado final	
	2do Nivel	Nº 0		
	3er Nivel	Nº 0	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº 0	Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias	X	
Obtención de la Fuente Primaria				
Directamente de la base de datos			X	
Préstamo Interbibliotecario				
Biblioteca digital de la UIB			X	
Biblioteca física de la UIB			X (1)	
Otros (especificar)			X google scholar	