



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2020-2021
Trabajo de Fin de Grado

**COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS:
ROL DE ENFERMERÍA**

Beatriz del Agua Martín

Tutor: Manuel Frutos Martín

RESUMEN

Introducción: La comunicación interactiva con el núcleo del cuidado de enfermería, “la persona”, se ha demostrado como una herramienta eficaz y altamente positiva en todo el proceso terapéutico. Adquiere especial importancia el desarrollo de destrezas que permitan facilitar dicho proceso ante situaciones y argumentos de comunicación altamente sensibles como son las malas noticias (MN).

Objetivo: Conocer la participación y formación en la comunicación de malas noticias por parte de los profesionales de enfermería de diferentes unidades de los hospitales Universitarios Clínico y Río Hortega de Valladolid.

Metodología: Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal en el que ha participado una muestra de 71 enfermeras/os (71% del total de la población de estudio), recogiendo los datos a través de un cuestionario autogestionado de 11 preguntas dirigidas hacia los objetivos del estudio.

Resultados y Discusión: Más de la mitad de la muestra reconocen que la comunicación de malas noticias es una actividad que realiza el médico, al relacionar éstas con el diagnóstico médico, aunque la totalidad reconoce que se trata de una actividad que debe ser multidisciplinar e implicar a la enfermera por su cercanía continuada al paciente. Aproximadamente el 75% de la muestra se considera experta en el manejo de esa actividad, aunque la totalidad manifiesta la necesidad de recibir formación específica para facilitar la interacción y el control de las emociones. Como dificultades para esta competencia se pone de relieve la gran carga de trabajo y la actual pandemia COVID que limita la relación y el contacto.

Conclusiones: Se debe establecer una relación estrecha y colaborativa entre los miembros del equipo multidisciplinar de trabajo en la comunicación de las malas noticias considerando las responsabilidades de cada profesional en su marco de acción y potenciar, a través de la formación de grado, de post-grado y continuada que dicha competencia se aborde con las máximas garantías en beneficio de conseguir el nivel máximo de satisfacción del paciente.

Palabras clave: comunicación, mala, noticia, enfermería, conspiración, silencio, relación.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	- 1 -
1.1.	Comunicación de malas noticias	- 2 -
1.1.1.	¿Quién da malas noticias?	- 3 -
1.2.	La relación enfermera-paciente en la CMN	- 5 -
1.3.	Formación específica en la comunicación de malas noticias	- 6 -
1.4.	La conspiración del silencio	- 8 -
1.4.1.	Implicación de los profesionales	- 9 -
1.4.2.	Derechos legales	- 9 -
2.	OBJETIVOS.....	- 11 -
2.1.	Objetivo general	- 11 -
2.2.	Objetivos específicos	- 11 -
3.	METODOLOGÍA	- 12 -
3.1.	Diseño del estudio	- 12 -
3.2.	Población y muestra	- 12 -
3.3.	Instrumento de medida	- 12 -
3.3.1.	Variables	- 12 -
3.3.2.	Procedimiento. Entrega y recogida.....	- 12 -
3.3.3.	Validación.....	- 13 -
3.4.	Análisis estadístico	- 13 -
3.5.	Consideraciones ético-legales.....	- 14 -
3.6.	Fuentes documentales.....	- 14 -
3.7.	Cronograma	- 15 -
4.	RESULTADOS	- 16 -
5.	DISCUSIÓN.....	- 18 -
5.1.	Análisis crítico	- 18 -
5.2.	Limitaciones	- 18 -
5.3.	Aplicaciones a la práctica clínica	- 19 -
5.4.	Futuras líneas de investigación.....	- 19 -
6.	CONCLUSIONES	- 20 -
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	- 21 -
8.	ANEXOS.....	- 25 -

8.1.	Aprobación comités éticos de Áreas Este y Oeste	- 25 -
8.2.	Aprobación comité ético de la Facultad de Enfermería	- 27 -
8.3.	Carta de presentación.....	- 28 -
8.4.	Cuestionario.....	- 29 -
8.5.	Comentarios y opiniones de los profesionales de enfermería	- 32 -
8.6.	Gráficos y tablas de frecuencias. Resultados cuestionario	- 37 -
8.7.	Protocolos de actuación ante la CMN	- 46 -
8.7.1.	Protocolo SPIKES o EPICEE.....	- 48 -
8.7.2.	Protocolo durante la pandemia por COVID19	- 50 -
8.7.3.	Modelo SPIKES ENFERMERA	- 51 -
8.7.4.	ABCDE.....	- 52 -
8.7.5.	Protocolo BREAKS.....	- 53 -
8.7.6.	Protocolo de Bennett & Alison.....	- 54 -

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Cronograma/temporalización del estudio.....	- 15 -
---------	---	--------

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

1.	Gráfico preguntas 9 y 10. Formación específica.....	- 19 -
----	---	--------

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

❖	MN	Mala noticia
❖	CMN	Comunicación de malas noticias
❖	MN	Malas noticias
❖	SaCyL	Salud Castilla y León
❖	CEIc	Comité de Ética de la Investigación Clínica
❖	TFG	Trabajo Fin de Grado
❖	C.S	Conspiración del silencio

1. INTRODUCCIÓN

La población recurre a la asistencia sanitaria cuando siente una amenaza real hacia su salud, ya sea manifestando una sintomatología clínica, cuando desgraciadamente sufren un accidente repentino o bien, si desean información y asesoramiento ante un problema que aún no es real, pero sí lo es la preocupación ante su posible aparición. En todos estos casos, el paciente presentará en mayor o menor medida cierto temor por escuchar una noticia negativa en lo referente a su salud y bienestar.

Como principales herramientas empleadas en el cuidado de la salud, es muy probable que nos vengán a la cabeza todos los recursos materiales que se emplean en pruebas de diagnóstico, material de curas, medicamentos, documentación propia de tareas administrativas, entre otros. Pero la principal herramienta y más poderosa de todas es la comunicación.

En el ámbito sanitario, comunicar una mala noticia a un paciente es un proceso delicado que requiere de unas habilidades comunicativas especiales por parte del profesional para que la noticia se afronte de la mejor manera posible. Estas malas noticias pueden llegar a ser desde pronósticos no deseados, patologías de tipo crónico, terminal, de difícil abordaje, el fracaso de un tratamiento, hasta incluso comunicar a un familiar el fallecimiento del paciente.

La comunicación de malas noticias (CMN) es un proceso multidisciplinar en el que debería estar incluido tanto el personal médico como el de enfermería, ya que enfermería tiene un contacto más estrecho y continuado con el paciente durante todo el proceso de prestación de cuidados.

El tiempo es un recurso limitado y muy valioso que puede servir a la enfermería tanto para la obtención de información como para proporcionar apoyo emocional al paciente, convirtiéndose así un pilar fundamental durante su estancia hospitalaria. Además de servir de apoyo profesional trabajando en equipo con el personal de medicina de manera multidisciplinar. Pero ¿Está enfermería realmente integrada en este proceso y formada adecuadamente para ello? Valoraremos en este trabajo qué ventajas presenta incluir al profesional de enfermería en la comunicación de malas noticias y su formación en habilidades y competencias óptimas para afrontar de manera adecuada este tipo de situaciones.

1.1. Comunicación de malas noticias

En primer lugar, comenzaremos a definir los términos fundamentales de comunicación, noticia y malas noticias para poder comprender el fin último de este trabajo. El término comunicación podríamos definirlo en un sentido más amplio como *“La transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor”*.

Por otro lado, la RAE (Real Academia Española) define la palabra noticia como *“Contenido de una comunicación antes desconocida”*.

El concepto de mala noticia (MN) es definido por varios autores como son Ptacek J y Buckman R. La definición más completa la realiza nuestro primer autor Ptacek *“toda comunicación relacionada con el proceso de atención médica que conlleva la percepción de amenaza física o mental, y el riesgo de ver sobrepasadas las propias capacidades en función del estilo de vida establecido, existiendo objetiva o subjetivamente pocas posibilidades de afrontamiento negativos de reciente suceso”*. (1,2)

Aun así, la definición más aceptada es la de nuestro segundo autor, Buckman *“Una mala noticia es la que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro”*.

Además, la CMN va más allá de la simple transmisión de información, considerándose como *“el arte y la técnica de informar, influir y motivar a públicos individuales, institucionales y colectivos sobre temas relacionados con la salud”* (27).

Dependiendo de la gravedad de estas malas noticias, podemos clasificarlas en:

1. Las MN que más impacto tienen en los pacientes son las que suponen una disminución irremediable de la esperanza de vida por un diagnóstico determinado. En estos diagnósticos están incluidos el cáncer, enfermedades autoinmunes irreversibles, enfermedades incurables, lesiones importantes y cualquier problema de salud que eventualmente pondrá fin a su vida.
2. Aquellas asociadas a diagnósticos crónicos (menos críticos que los anteriores) que suponen una modificación y nueva adaptación en su estilo de vida, como pueden ser ciertas enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, coagulación alterada, entre otras muchas más), incapacidades o pérdidas funcionales.

3. Las MN dependen de factores particulares y personales de cada paciente y que, por lo tanto, pueden ser muy subjetivas. También dependen de la edad, la situación laboral y sociocultural, valores y creencias, además de la experiencia previa de enfermedad de cada paciente. Por ello, puede que una MN sea considerada también un problema puntual o enfermedad aguda que suponga una restauración de su salud de forma relativamente temprana. (4)

El proceso de comunicación de malas noticias puede que sea una de las tareas más complejas en la comunicación enfermera-paciente por lo que precisa de una adecuada relación terapéutica.

1.1.1. ¿Quién da malas noticias?

La mayoría de los artículos y estudios hallados reflejan que la CMN es una responsabilidad médica. Por un lado, existen autores que solo contemplan a la figura del médico como único responsable a la hora de dar la MN sin, incluso, la compañía de otros profesionales de la salud (5,6). Además, ciertos estudios recopilaron las opiniones de un grupo de enfermeras sobre quién debe ser el portavoz de la MN y sus respuestas situaron al médico como la persona más apropiada para ello (8).

Por otro lado, otros estudios consideran que esta actividad sea llevada a cabo por el profesional médico, aunque es recomendable valorar la posibilidad de realizarla en presencia de la enfermera responsable del paciente (10,11,12) como destacaron **Rassin M et al**(11), quienes realizaron un estudio en el que la mayoría de los encuestados consideraban necesaria la figura de la enfermera presente durante el proceso de CMN, debido al gran apoyo ofrecido al paciente y familiares, además de aclarar cuestiones que se plantean y garantizar una óptima atención después de la comunicación de la mala noticia. A esta opinión se suman autores como **Almanza J.J**(13), quien señala que la CMN estaba principalmente centrada en el paciente y médico responsable, sin embargo, concluía su estudio diciendo que se estaba creando “un campo de conocimiento propio que va ganando terreno tanto a nivel de la disciplina del médico como en la práctica clínica cotidiana a nivel del grupo médico y de enfermería y con la participación creciente de todo el equipo de cuidados psicosocial”. Incluyendo a los profesionales de enfermería de una manera positiva en el equipo de CMN.

Warnock C et al ⁽⁷⁾, expone el importante rol de las enfermeras en la CMN como educadoras y personal más adecuado para prestar apoyo emocional, aclarar información, ayudar a formular preguntas, ofrecer esperanza y ser intermediario entre el paciente y el equipo sanitario mediante el intercambio de información, necesidades o preocupaciones.

Farell M ⁽¹⁴⁾, y **Griffiths J y Ewing G** ⁽¹⁵⁾ sitúan a la enfermera como la persona más apropiada para realizar la CMN debido a la relación más estrecha y positiva que mantiene con el paciente y su familia. Y más razón si para ello dispone de las habilidades comunicativas y la información necesaria para realizarlo.

Las enfermeras son quienes más tiempo comparten con el paciente y familiares, es por esto por lo que representan un papel de apoyo y soporte fundamental en el momento de revelación de la MN cuando acompaña al médico. Por este motivo, deberíamos entender este proceso como un proceso de abordaje multidisciplinar en el que intervienen ambos profesionales desempeñando cada uno el rol correspondiente acorde a sus competencias y, destacando la importancia de una coordinación adecuada entre ambos, ya que podrían generarse contradicciones a la hora de responder a determinadas cuestiones generadas por el propio paciente ⁽¹⁷⁾. Por consiguiente, nuestro equipo profesional de enfermería debería saber qué información va a comunicarse y cuándo por parte del médico, para así poder planificar una estrategia de ayuda y un soporte emocional adecuados.

El Marco legislativo que contempla la comunicación de malas noticias se recoge en los artículos 10 y 11 del capítulo II del Código Deontológico de Enfermería: “La Enfermería y el ser humano, deberes de las Enfermeras/os”. ⁽³⁾

- Artículo 10: *“Es responsabilidad de la enfermera mantener informado al paciente, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando este se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje sencillo y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo”*.
- Artículo 11: *“La enfermera deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información no se incluya en el nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado”*.

La Ley Española 41/2002 de Autonomía del Paciente regula el acceso del paciente a la información y el adecuado manejo que deben seguir los profesionales sanitarios en estas situaciones.

El punto 6 del Artículo 1 enuncia que: *“todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta ejecución de sus técnicas, sino también al cumplimiento de los deberes de prestación de información y documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”*.

Basándonos en los Principios Éticos y el Principio de Beneficencia, el personal de enfermería tiene el deber de proporcionar toda la información al paciente y no privarlo de su derecho a decidir y tomar parte en su estado de salud. Su intervención profesional puede ser mínima, moderada o elevada dependiendo de la circunstancia, y puede ser determinante en la comunicación de una mala noticia, contribuyendo positivamente a la adaptación y toma de conciencia de la situación y su salud.

1.2. La relación enfermera-paciente en la CMN

Desde el inicio de la enfermería profesional con **Florence Nightingale**, ya se reflejaba la relevancia y necesidad de comunicación como importante herramienta de la observación previa a la actuación. Posteriormente, **Hildegard Peplau** argumentó en la comunicación la base de su modelo de enfermería, definiendo el rol de enfermería como *“la capacidad de conocer y comprender el comportamiento y los sentimientos del paciente para brindarle cuidados de calidad”*.

Más tarde aparecieron la Teoría de las Necesidades de **Virginia Henderson** y la Teoría general de la enfermería de **Dorothea Orem**, relacionando la parte psicosocial del ser y sugiriendo el establecimiento de un tipo de relación según la necesidad (de ayuda, sustitución, apoyo, etc.) entre la enfermera y el paciente. Es así como entran en juego la influencia comunicativa, las relaciones interpersonales y los valores éticos y morales humanas. (27)

En 1959, el término "Relación terapéutica" surge debido a la influencia de las corrientes psiquiátricas emergentes en Estados Unidos. El término *“relación”* se ha definido como el medio para lograr un efecto y *“terapéutico”* como el efecto a lograr. Como resultado, se desarrolló junto con el concepto de salud y disciplina de enfermería, que actualmente se enfoca en el individuo como ser biopsicosocial. (27)

En este contexto de interacción social enfermera-paciente, la enfermería procura emplear un diálogo terapéutico adecuado mediante la recogida y obtención de información, proporción de seguridad, de comprensión y apoyo al paciente, para así, tratar de mejorar en la medida de lo posible el estado de salud de los pacientes. (27,28) Para ello, La actitud de las enfermeras es muy importante, tanto para ayudar al paciente en la situación en la que se encuentra, como para lograr una relación terapéutica beneficiosa.

Las enfermeras conectan o se vinculan con el paciente gracias a la cercanía y continuidad de su atención, lo que les facilita identificar sus necesidades, planificar y desarrollar estrategias adecuadas, y de alguna manera, esto las convierte en las más responsables a diferencia de cualquier otro profesional para procesar y ayudar al paciente que se enfrenta a una realidad complicada en lo referente a su salud. Un estudio de **Arbabi M et al** (9), destacó la sensación de mayor apoyo que tenían los pacientes por parte de los profesionales de enfermería que por los de medicina, puntualizando que las enfermeras mostraban un mayor contacto físico con los pacientes durante la CMN, animando a expresar sus sentimientos y mostrando más apoyo emocional que los médicos. Esto se respalda con entrevistas realizadas durante un estudio a enfermeras (16), que expresaron su disconformidad con tarea médica en la CMN a los pacientes debido a una menor implicación.

A su vez, los pacientes suelen identificar a la enfermera como el profesional sanitario más adecuado para compartir sus sentimientos y emociones ya que pasa la mayor parte del tiempo en contacto con ellos y su familia, por ello representan un papel de apoyo y soporte especial durante la CMN cuando acompaña al médico, esto convierte su presencia en algo beneficioso y necesario.

1.3. Formación específica en la comunicación de malas noticias

Un artículo elaborado por **Beatriz Villa** de recomendaciones sobre cómo comunicar una mala noticia, describe una serie de temores ante posibles repercusiones durante este proceso, que experimentan estos profesionales como son (18): miedo de causar dolor, dolor empático, miedo de ser culpado, miedo a la falta terapéutica, miedo legal, miedo de decir “no sé”, y miedo de la propia muerte.

Todos estos sentimientos negativos que nacen en el personal sanitario hacen necesario un conocimiento y entrenamiento para este proceso, es decir, formación específica.

La psiquiatra **Kubler-Ross**, experta en el final de la vida, nos habla sobre los casos en los que con más frecuencia los profesionales se distancian de sus pacientes, destacando que son aquellos pacientes más críticos y moribundos (18).

Cuando el equipo terapéutico puede reconocer con éxito los conflictos clínicos, psicológicos y sociales del paciente, se puede evaluar cómo se debe de realizar el manejo de la MN y ayudar a establecer una comunicación efectiva con el paciente.

La evidencia literaria muestra que las enfermeras presentan ciertas dificultades a la hora de CMN a los pacientes, y que la forma en que un profesional transmite una MN deja una marca indeleble en la relación entre ambos causando confusión, angustia y resentimiento en las personas que la reciben. Es por ello que conocer cuáles son estos obstáculos es esencial para actuar sobre ellos y mejorar este acto comunicativo con el fin de propiciar sentimientos y actitudes positivas tanto en el paciente como en la enfermera, así como llevar a la comprensión, la aceptación y el ajuste del paciente a la situación (19).

La habilidad para comunicarse adecuadamente es una capacidad que se aprende, y todos tenemos la posibilidad de aprender o mejorar las habilidades de comunicación si se sigue la metodología apropiada y se recibe una formación. Por lo que la cohesión entre el método didáctico teórico y posterior puesta en práctica, haría de ello la adquisición de una experiencia que dote al profesional de las destrezas comunicativas más adecuadas para este tipo de situaciones.

Es incuestionable que los pacientes quedan afectados tras la comunicación de MN, ya sea en mayor o menor medida. Sin embargo, es necesario destacar que la persona que transmite la MN también sufre una serie de dificultades en este momento, y queda afectada de alguna manera por la situación (20). Los resultados recopilados de los estudios revisados abarcan un abanico de dificultades que los profesionales de salud, concretamente las enfermeras, presentan a la hora de la CMN. la principal dificultad que presentan en esta tarea es la falta de formación formal y preparación en habilidades para la CMN, y las consecuencias que este déficit de conocimientos les produce: miedo a una reacción inapropiada, temor a no abordar la situación correctamente, sentimiento de falta

de preparación, falta de confianza, retraimiento a hablar con el paciente, ansiedad y estrés (21). Un estudio realizado a médicos y enfermeras demostró que los profesionales que habían recibido un entrenamiento formal en CMN estaban más dispuestos y sentían más confianza a informar al paciente sobre su diagnóstico (9).

Por último, en el inicio de la formación general de estos profesionales como lo es en las facultades, se han centrado el binomio salud-enfermedad desde una perspectiva biológica y, por lo tanto, se ha desatendido la formación en esta materia de habilidades de comunicación. Así la mayoría de los profesionales que finalicen el grado deberán cursar formaciones específicas de posgrado si desean ampliar y mejorar sus conocimientos en habilidades de comunicación. Con el objetivo de facilitar y compensar esta carencia detectada se desarrollaron y pusieron en marcha protocolos específicos y/o recomendaciones para la CMN, entre los que se incluye uno para este nuevo problema de salud originado por el SARS-Cov2 (*Anexos 8.7*).

1.4. La conspiración del silencio

La conspiración del silencio (C.S) es una actitud generalmente adoptada por familiares y profesionales sanitarios que está justificada por una gran variedad de motivos. Entre ellos, el miedo a las repercusiones psicológicas que puede provocar la noticia. Estas personas actúan bajo el principio de beneficencia dejando de un lado la libertad que tiene el enfermo de decidir sobre su propia vida. nos encontramos ante una actitud que vulnera el principio de autonomía de la persona y también del principio de beneficencia. (28)

Con el nacimiento de la bioética y su reflejo en el campo de la salud, se toma conciencia de valores como la dignidad de la persona, la justicia, la intimidad, la verdad o el afecto, que supuso cuestionarse sobre sistema biomédico e instrumentalizado. Hoy en día es más común ocultar la muerte, lo que hace más difícil hacerle frente de un modo natural. La gravedad, super-protección y secretismo que, a veces impone la familia, dificulta esta comunicación con el paciente (18).

Es muy común que esta conspiración del silencio exista en familiares de pacientes ancianos, debido a que la población española es envejecida gracias al aumento de la esperanza de vida y las enfermedades con mayor tasa de mortalidad están relacionadas con enfermedades de evolución crónica. Según los datos actualizados de la OMS a 9 de

diciembre de 2020, las principales enfermedades no transmisibles (es decir, sin incluir al SARS-Cov2) con mayor tasa de mortalidad, sitúan en el primer puesto a las cardiopatías isquémicas, quienes representan en estos momentos el 16% del total de muertes. El accidente cerebrovascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son la segunda y tercera causas de defunción, que representan aproximadamente el 11% y el 6% del total de muertes, respectivamente. Estas enfermedades se caracterizan por una evolución de tipo crónico, si no existe tratamiento definitivo, pero sí paliativo hasta el final de la vida.

1.4.1. Implicación de los profesionales

La atención en estas situaciones supone para los profesionales una tarea compleja, por un lado, hay una mayor demanda de información por parte de los pacientes que ejercen su derecho a saber la verdad, unido al fuerte impacto emocional que provoca el recibir una MN ⁽²⁴⁾. Además, en un estudio se confirma que evitar informar al enfermo terminal provoca un incremento de ansiedad para la enfermera ⁽²⁵⁾. De igual modo, se ha visto que la conspiración del silencio es una de las grandes dificultades para la relación terapéutica que siempre se debe basar en la confianza entre enfermera y paciente.

Una correcta comunicación de las malas noticias ha demostrado que, aunque puede ser dura, proporciona una sensación de acompañamiento y elimina las sensaciones negativas del enfermo como puede ser el engaño, la soledad, la inseguridad entre otros sentimientos. Por esta razón, las personas conspiradoras que actúan bajo el **Principio de Beneficencia** también están vulnerando este principio, aunque esa no sea su intención.

1.4.2. Derechos legales

Los seres humanos nacemos libres e iguales en dignidad y derechos y, es por esto por lo que en 1990 la Organización Mundial de la Salud decretó que el enfermo terminal posee los siguientes derechos:

1. Tiene el derecho a expresar, a su manera, sus sentimientos y sus emociones, lo que respecta al acercamiento de su muerte.
2. Tiene el derecho a no ser engañado.
3. Tiene el derecho a obtener una respuesta honesta, cualquiera que sea su pregunta.

4. Tiene derecho a recibir ayuda de su familia y para su familia en la aceptación de su muerte.
5. Tiene derecho a conservar su individualidad y no ser juzgado por sus decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros.
6. Tiene derecho a ser cuidado por personas sensibles y competentes que van a intentar comprender sus necesidades, ayudándole a enfrentar la muerte.
7. Tiene derecho a morir en paz y con dignidad.

Este último “*Tiene derecho a morir en PAZ y con DIGNIDAD*” está íntimamente ligado con el **Principio de Autonomía**. Cuando a la persona no se le informa de su situación es despojado tanto de su libertad como de su dignidad. Y, en consecuencia, el enfermo terminal puede considerar que tiene una muerte indigna.

A partir del Acuerdo de Oviedo, firmado en 1997 por el consejo de Europa, en España se desarrolló y fue promulgada en 2002 la **Ley de Autonomía del paciente**, que dice literalmente:

«El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o, de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita»

El conjunto de estas leyes permitió que a partir de ese momento para los profesionales sanitarios informar no es solo un deber ético para tratar a los pacientes como individuos libres, sino que es un deber legal.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Conocer la participación y formación en la comunicación de malas noticias por parte de los profesionales de enfermería de diferentes unidades de los hospitales Universitarios Clínico y Río Hortega de Valladolid.

2.2. Objetivos específicos

1. Analizar la actitud que muestran las enfermeras ante un paciente receptor de una mala noticia.
2. Diferenciar la función de enfermería en este proceso con respecto a la de otros profesionales.
3. Identificar el tipo de comunicación interprofesional que existe entre el equipo responsable del paciente.
4. Determinar los factores que dificultan este proceso.
5. Conocer las opiniones y propuestas de mejora para la función de enfermería en la comunicación de malas noticias.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño del estudio

Se ha llevado a cabo un estudio observacional, descriptivo, cuanti-cualitativo y transversal.

3.2. Población y muestra

El estudio está dirigido al personal de enfermería de diferentes unidades de los hospitales universitarios Clínico y Río Hortega de Valladolid.

La muestra del estudio para las que se ha utilizado el instrumento de recogida de datos han sido 100 enfermeras de dichos centros de diferentes unidades de cuidados elegidas al azar, en las que se aceptó la participación voluntaria de los profesionales tras recibir la información sobre el estudio priorizándose la participación de aquellas con pacientes en situaciones más críticas o con patologías de tipo crónico y/o terminal, como es en el caso de Oncología, Medicina interna y Unidad de Cuidados Intensivos y Vigilancia Intensiva. Para esta finalidad se repartieron un total de 100 cuestionarios, de los cuales fueron cumplimentados correctamente un total de 71 de ellos (71%).

3.3. Instrumento de medida

Se diseñó un cuestionario autoadministrado “*Ad Hoc*” (*en base a los objetivos del estudio*) destinado a los profesionales de enfermería de diferentes unidades de los hospitales universitarios Clínico y Río Hortega, de Valladolid. (**Anexo 8.4**).

3.3.1. *Variables*

El objeto de estudio es conocer cómo es la participación y formación de las personas participantes en el estudio, en consecuencia, se han empleado principalmente variables de tipo cualitativo, por lo que clasificaremos a las variables del estudio como variables cualitativas nominales debido a que los valores que toma no pueden ser sometidos a un criterio de orden.

3.3.2. *Procedimiento. Entrega y recogida*

Se repartieron 100 cuestionarios en formato físico (papel) en determinadas unidades de ambos hospitales. Se decidió que fuera de forma física y no digital para garantizar que fuese contestado por profesionales de enfermería y motivar a estos por

parte de la autora del estudio en el proceso de entrega de mismos. Asimismo, se realizó una manipulación adecuada a la situación pandémica actual mediante la entrega de los cuestionarios en 2 sobres por unidad para garantizar una adecuada asepsia previa y posteriormente a su cumplimentación. Siendo así uno de los sobres el portador de los cuestionarios en blanco y el segundo destinado a la recepción de los cumplimentados. Tras la recogida de los cuestionarios se esperó un periodo preventivo de 48 horas e incluso superior para su manipulación en el registro de datos en el programa *Excel*.

3.3.3. Validación

Al tratarse de un cuestionario no validado en anteriores investigaciones revisadas, se procedió a su consecuente validación. Primeramente, se contó con la colaboración de 8 enfermeras conocidas por la autora quienes trabajaban en unidades diferentes de ambos hospitales (Oncología, Unidad de cuidados intensivos, paritorio y hospitalización de cirugía traumatológica). Estas enfermeras participaron en el “*pilotaje*” del cuestionario realizándolo y sometiendo a su consideración y la conformidad con el mismo en cuanto al tiempo de realización y sinterización de las cuestiones de interés para el estudio. Además, sugirieron cambios sobre alguna cuestión más a incluir en el estudio como fue “la carga laboral” y la modificación de alguna palabra empleando un lenguaje más sencillo y, evitar así, que no condujera a error en su comprensión y cumplimentación.

Posteriormente se contó con la aprobación por parte del tutor del trabajo (*Manuel Frutos Martín*) y, también con la de los representantes del CEIc de ambas Áreas de salud de CyL que solicitaron dicho cuestionario para otorgar la autorización correspondiente.

3.4. Análisis estadístico

Se han utilizado herramientas informáticas para el tratamiento estadístico de los datos, principalmente los programas estadísticos *Excel Office* y *IBM SPSS Statistics 24*. Se realizó un registro adecuado de los resultados obtenidos y un análisis general y específicos de gran significación para este estudio. Las tablas y gráficos representativos de los resultados a las respuestas por parte de la muestra de nuestro estudio quedan reflejados en el apartado de *Anexos 8.6*.

3.5. Consideraciones ético-legales

Para la realización del estudio, se contó con la aprobación del Comité Ético del Área de salud Este y Oeste de SACYL, además del Comité de la Facultad de Enfermería de Valladolid (*Anexo 8.1* y *Anexo 8.2*). La participación en el estudio fue de forma completamente voluntaria y anónima. Además, la investigadora del estudio declara no tener conflictos de interés en la realización del mismo.

3.6. Fuentes documentales

En primer lugar, el estudio comenzó con una revisión bibliográfica acerca del tema escogido con la finalidad de conocer la literatura científica actualizada con respecto a la comunicación de malas noticias, las fases que lo componen y diferenciar las funciones que presentan los profesionales sanitarios en el proceso de comunicación de malas noticias a un paciente y, en especial, destacar que rol tiene la enfermería en él y su nivel de formación al respecto.

Para ello se seleccionaron diferentes artículos contenidos en las bases de datos propios de ciencias de la salud, como son *Google Academy*, *PubMed* y *Cochrane library*, utilizando el operador booleano “AND” y palabras clave *comunicación*, *mala*, *noticia*, *enfermería*, *conspiración*, *silencio* y *relación*. Tanto en inglés como en español en relación con la base de datos correspondientes, tratando de rescatar en la medida de lo posible aquellos relacionados con la sanidad española. Se procuró emplear como soporte documental aquella bibliografía más actualizada (publicada en los diez últimos años), siendo en su mayoría, revisiones sistemáticas que empleaban citas de artículos más antiguos aún, por lo que se cambió el filtro de años de publicación a “sin especificar” pudiendo rescatar así aquellos de especial interés.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para admitir los artículos en este estudio fueron aquellos que incorporasen en el título y resumen las palabras clave mencionadas, teniendo por ello como objeto principal de estudio el rol de la enfermera en dichos procesos, tanto la CMN como la conspiración del silencio. Y, como criterios de exclusión, aquellos que tratasen un grupo reducido de pacientes con características específicas, para así realizar en la medida de lo posible una revisión bibliográfica de pacientes que compartan las características generales de recibir una mala noticia, sin especificar en el tipo, grado, ni la patología de base.

En la primera búsqueda inicial se obtuvieron un total de 480 artículos entre todas las bases de datos, los cuales tras aplicar el baremo definitivo basándonos en las características de los diferentes artículos (relevancia de los datos, claridad del contenido, rigor científico, estructura incompleta) y los criterios de inclusión y exclusión previamente mencionados, quedaron reducidos a 61, siendo 29 el total de los mismos empleados para este estudio que quedan reflejados a continuación en la bibliografía.

3.7. Cronograma

El estudio se compone de las fases que quedan reflejadas en la tabla 1, según los periodos temporales correspondientes al desarrollo del Trabajo de Fin de grado.

1. Fase conceptual: Formulación de la pregunta, revisión bibliográfica, descripción del marco teórico y planteamiento de objetivos.
2. Fase de diseño y planificación: Elección del diseño de investigación, definición de los sujetos del estudio (muestra), descripción de las variables, elección de herramientas de recogida y análisis de datos.
3. Fase empírica: Recogida de datos y preparación para su posterior análisis.
4. Fase analítica: Análisis de los datos e interpretación de los resultados.
5. Fase de difusión: Transmisión del estudio a través de la redacción completa del mismo y su defensa y difusión según normas.

<i>Tabla 1 Cronograma/temporalización del estudio</i>									
2020				2021					
SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
F. CONCEPTUAL									
		F. DE DISEÑO Y PLANIFICACIÓN							
					F. EMPÍRICA				
							F. ANALÍTICA		
								F. DE DIFUSIÓN	

4. RESULTADOS

Se contestaron un total de 71 de los 100 cuestionarios entregados. Las respuestas de dichos cuestionarios reflejaron los siguientes resultados de interés en el estudio:

Para comenzar, siguiendo el orden de las cuestiones planteadas, más de la mitad de las enfermeras encuestadas (53'52%) afirman que la CMN es un proceso abordado por el equipo médico. Esto se puede deber en gran parte al desconocimiento sobre qué es un proceso de CMN y las fases que lo componen, ya que no solo corresponde al acto de comunicar un diagnóstico o pronóstico que concierne al médico responsable. Aunque también puede deberse a los miedos o temores que puede presentar enfermería a la hora de atender a un paciente de esta condición. Aun así, cabe destacar que el 100% resaltó la importancia de realizar este proceso de manera multidisciplinar, incluyendo así al equipo de enfermería.

Sobre el conocimiento y habilidades que presentan nuestras encuestadas, un 74'65% sabe atender a pacientes receptores de MN y también autogestionar sus propios sentimientos, pero tan solo un 28'17% recibió formación específica para ello, lo que nos puede sugerir que ese 46'48% de diferencia, sea el número de enfermeras que a base de experiencia (ensayo-error) hayan aprendido a afrontar este tipo de situaciones. Pero, por otra parte, un 100% afirmó la necesidad de recibir formación específica en habilidades comunicativas y habilidades para la autogestión emocional, lo que nos conduce a que, aunque la experiencia pueda demostrar mucho conocimiento se debería partir de una base para evitar en la medida de lo posible repercusiones negativas probando sin instrucción previa en este tipo de situaciones tan delicadas. Destacamos alguna aportación al respecto:

- *“Sería interesante favorecer la formación a alumnos de enfermería en las facultades, sobre la comunicación asertiva”.*
- *“Deberíamos recibir formación en la facultad y en el centro de trabajo, tanto el personal de enfermería como todos los profesionales que tratan con el paciente”.*

Con relación a otros posibles factores negativos, además de la falta de formación, que dificultan un adecuado abordaje de CMN por parte de enfermería, podríamos destacar la actual pandemia provocada por el COVID-19 y la carga laboral diaria. En cuanto al primer factor negativo, el 61'97% afirmó que la pandemia empeoró tanto la comunicación verbal, como no verbal, dificultando de esta manera la valoración de expresiones faciales

por parte de nuestro paciente, una disminución del contacto físico y atención más deshumanizada por la indumentaria de EPIs y/o mascarillas. Y con respecto al segundo factor de la gran carga laboral, a pesar de que el 94'4% de las encuestadas presenten una actitud cercana al paciente siempre que se pueda y con ello, reflejando la gran capacidad empática que desarrolla enfermería, el 70'42% ponía siempre en práctica la comunicación no verbal a diferencia de un 29'58% que lo realizaba a veces. Este último porcentaje puede conducirnos a que la carga laboral (como así lo confirman así el 90'14%) suponga un obstáculo para prestar un óptimo apoyo emocional al paciente. Nos comentan:

- *“Si disminuyera la gestión asistencial, enfermería tendría mejor disposición y tiempo para participar en el cuidado emocional del paciente”.*
- *“La carga de trabajo e imposibilidad de conocer a los pacientes debido a que suelen cambiarnos de servicio constantemente, dificulta mucho el proceso de comunicación de malas noticias”.*
- *“Podría llevarse a cabo el trabajo multidisciplinar de información de malas noticias si la carga de trabajo de enfermería no fuese tan grande y el nº de pacientes por enfermera fuese menor”.*

Puesto que cada paciente tiene un médico y enfermera responsable de su situación clínica, la comunicación y relación interprofesional entre ambos debe llevarse a cabo de una manera positiva en beneficio del paciente y de la complejidad laboral de ambos profesionales. Sin embargo, el 25'35% de las encuestadas, es decir, la cuarta parte, sostiene que la mayoría de las ocasiones conoce la información transmitida por parte del médico al paciente a través del propio paciente. Esta cifra supone un número muy importante de pacientes que probablemente no hayan adquirido una atención adecuada a su situación, ya que pueden existir incongruencias entre las afirmaciones del médico y la enfermera y que, al no conocer al detalle la situación clínica del paciente, es posible que no se garantice un plan de cuidados óptimo. Estas afirmaciones son sustentadas por un gran número de comentarios realizados por parte de algunas encuestadas:

- *“La comunicación enfermera-médico debería acentuarse para poder brindar unos cuidados más adecuados”.*
- *“Los médicos deberían comunicarnos más el estado del paciente y el pronóstico y expectativas que tienen”.*
- *“Es necesario mejorar la comunicación médico-enfermera”.*
- *“Cuando el médico comunica una mala noticia, muchas veces no se lo comunica a la enfermera y es el propio paciente el que nos lo comunica”.*

5. DISCUSIÓN

5.1. Análisis crítico

El personal médico es por excelencia el profesional que aborda este proceso de forma autónoma puesto que en sus competencias entra la realización del diagnóstico médico, determinante en la salud del paciente y, su posterior comunicación. Por lo que a lo largo de su formación académica recibió una formación específica para este tipo de situaciones, al contrario que el personal de enfermería que adolece de estos contenidos. Y, aunque este proceso esté considerado de abordaje multidisciplinar, el papel de la enfermería no suele ser reconocido ni valorado a pesar de ser quienes más tiempo comparten con el paciente y familiares, y esto les convierta en un apoyo y soporte fundamental en el momento de revelación de la MN.

5.2. Limitaciones

En el cuestionario del estudio no se han incluido una serie de preguntas de especial interés que nos podían haber aportado más información sobre áreas de interés, como la conspiración del silencio, debido a la realización y entrega de estos previamente a la obtención de información sobre este tema. Así como una información acerca del tiempo trabajado y la experiencia profesional, algo que sin duda habría sido de gran interés para el estudio ya que los años y la experiencia en situaciones difíciles pueden enseñar a la enfermera qué tipo de actitudes son más enriquecedoras, de hecho, un 74'65% afirmó saber atender a este tipo de pacientes y también autogestionar sus propios sentimientos, pero tan solo un 28'17% recibió formación específica para ello, lo que nos condujo a la posibilidad de que el 46'48% restante, aprendiesen por su propia experiencia.

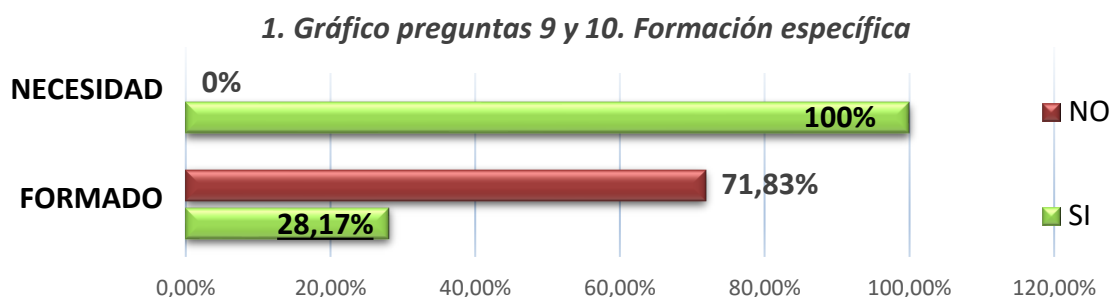
No incluir la pregunta de centro en el que se realizaron los estudios universitarios también lo hemos visto como limitación ya que algunas respuestas con respecto a la formación en este campo informaron de la formación universitaria, sin especificar si fue en la universidad de Valladolid o en otro centro, lo que nos impide incidir en las propuestas de mejora para nuestra Universidad de referencia.

5.3. Aplicaciones a la práctica clínica

Incluir a enfermería en el proceso de CMN supone beneficios tanto para el paciente, ayudándole mediante unos cuidados enfermeros de calidad y específicos a una mejoría en la medida de lo posible en su afrontamiento y asimilación de la MN. Pero no solo beneficia al paciente, que sea un proceso abordado por un único profesional supondría una mayor responsabilidad para quien lo realiza, sin poder verse respaldado ni apoyado durante el mismo. Y, por otra parte, que los profesionales que le presten cuidados no estén involucrados en un proceso que supone un impacto tan importante en la vida del paciente, supone un obstáculo en la planificación y prestación de cuidados de calidad y adaptados a su situación personal.

5.4. Futuras líneas de investigación

Formar a estos profesionales de enfermería sobre cómo enfrentarse de manera adecuada a una situación con estas características, evitará errores involuntarios durante la prestación de cuidados y una reducción de posibilidades en generar un impacto negativo tanto en el paciente, como en la gestión emocional del propio profesional. Podría valorarse la idea de comenzar a formar a estos profesionales en los años de su formación académica, es decir, en las propias facultades de enfermería. A pesar de que a toda teoría le debe acompañar su puesta en práctica, formar en habilidades comunicativas básicas y especiales para este tipo de situaciones, supondría una disminución de errores partiendo de una base teórica. Además de la propuesta de una formación inicial desde las facultades, sería muy interesante y beneficioso favorecer la formación postgrado como un refuerzo e incluso reciclaje en conocimientos y habilidades comunicativas además de habilidades en la autogestión emocional, con el fin de evitar sentimientos negativos debidos a una empatía profesional acrecentada. En resumen, una adecuada comunicación de malas noticias supone beneficios tanto para quien las transmite como para quien las recibe, por lo que el planteamiento de una formación específica debería ser lógica y esencial.



6. CONCLUSIONES

Enfermería destaca en gran medida por la cantidad de tiempo empleado en los cuidados del paciente y su consecuente relación empática y vínculo de confianza, lo que supone un factor positivo para garantizar unos cuidados de calidad. Pero esto no parece ser suficiente motivo para incluir de manera oficial a este grupo de profesionales en el proceso de CMN puesto que parece ser reconocido como proceso de único abordaje por el médico responsable que comunica la MN en un momento determinado.

Convertir este proceso en abordaje multidisciplinar supondría beneficioso tanto para el paciente, en su asimilación y enfrentamiento, como para los profesionales partícipes del mismo. Aunque gran parte de las enfermeras partícipes del estudio sepan atender a un paciente con estas características y el 100% considere necesaria formación específica para estas situaciones, tan solo poco más de la cuarta parte la recibió. Al mismo tiempo, la situación pandémica por COVID19 no facilita estos sucesos debido a una atención más distante, fría y deshumanizada. A este factor negativo se le suman otros como la carga laboral a la que se enfrentan nuestras profesionales y un gran déficit de comunicación interprofesional, lo que afectará negativamente en la planificación y prestación de cuidados de calidad a este perfil de paciente especialmente susceptible y delicado.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Buckman R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult?. *Br Med J*, 288(1), 1597-9.
2. Ptacek JT. (1996). Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA*, 276(6), 496-502.
3. Pérez M, Najarro F, Dulce M, Gallardo N, Fernández A. (2009). Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia. Una competencia de Enfermería. *Revista digital de Enfermería de Urgencias*, 1(3), 15-20.
4. Salvador JJR. (2010). Comunicación Clínica: Cómo dar Malas Noticias. 1-11.
5. Farhat F, Othman A, El Baba G, Kattan J. (2015). Revealing a cancer diagnosis to patients: attitudes of patients, families, friends, nurses, and physicians in Lebanon results of a cross-sectional study. *Current Oncology*, 22(4), 250-264.
6. Adebayo PB, Abayomi O, Johnson PO, Oloyede T, Oyelekan AA. (2013). Breaking bad news in clinical setting - health professionals' experience and perceived competence in Southwestern Nigeria: a cross sectional study. *Ann Afr Med*, 12(4), 205-211.
7. Warnock C. (2014). Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nurs Stand*, 28(45), 51-58.
8. Abbaszadeh A, Ehsani SR, Begjani J, Kaji MA, Dopolani FN, Nejati A, et al. (2014). Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. *J Med Ethics Hist Med*, 7(1), 7-18.
9. Arbabi M, Roozdar A, Taher M, Shirzad S, Arjmand M, Mohammadi MR, et al. (2010). How to break bad news: physicians' and nurses' attitudes. *Iran J Psychiatry* Fall, 5(4), 128-133.
10. Tobin GA. (2012). Breaking bad news: a phenomenological exploration of Irish nurses' experiences of caring for patients when a cancer diagnosis is given in an acute care facility (part 1). *Cancer Nurs*, 35(6), 21-29.

11. Rassin M, Dado KP, Avraham M. (2013). The Role of Health Care Professionals in Breaking Bad News about Death: the Perspectives of Doctors, Nurses and Social Workers. *INT J CARING SCI*, 6(2), 227-235.
12. Warnock C, Tod A, Foster J, Soreny C. (2010) Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *J Adv Nurs*, 66(7), 1543-1555.
13. Almanza Muñoz JJ, Holland J. (1999). La comunicación de las malas noticias en la relación médico paciente: I. Guía clínica práctica basada en evidencia. *Rev.sanid.mil*, 53(2), 160-164.
14. Farrell M. (1999). The challenge of breaking bad news. *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 15(2), 101-110.
15. Griffiths J, Ewing G, Wilson C, Connolly M, Grande G. (2015) Breaking bad news about transitions to dying: A qualitative exploration of the role of the District Nurse. *Palliat Med*, 29(2), 138-146.
16. Stayt LC. (2009). Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *J Clin Nurs*, 18(9), 1267-1275.
17. Mirón González, R. (2016). Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera = Breaking bad news: nursing perspective. *Revista española de comunicación en salud*, 0, 39-49. Recuperado de <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3425>.
18. Martínez Campanario, Elena; Lobato Miranda, Carmen Lucía; Rodríguez González, Claudia. (2016). Comunicación de malas noticias: ¿disminuyen o se modifican los temores que presentan los enfermeros y enfermeras tras un curso-taller formativo? *Biblioteca Las Casas*, 12(3), 4-24. Recuperado a partir de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0913.php>.
19. Aein F, Delaram M. (2014). Giving bad news: a qualitative research exploration. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(6), 1-7.

20. Galante Pereira AT, Louro Fortes IF, Galhanas Mendes JM. (2013). Communication of Bad News: Systematic Literature Review. REV ENFERMAGEM UFPE, 7(1), 227-235.
21. Lima MS, Rêgo RMV, Maia, Lúcia de Fátima Rocha Bezerra, Nogueira LSS, Souza ÂMA. (2014). Psychic suffering of nurses assistances in a general hospital: challenges and possibilities. Rev Enferm UFPE, 8(2), 286-293.
22. López BV. (2007). Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias. Nure Investigación, 4(30), 1-9.
23. Kirshblum S, Fichtenbaum J. (2008). Breaking the news in spinal cord injury. J Spinal Cord Med, 31(1):7-12.
24. Espinoza-Suarez, N, R., Zapata del Mar, C.M., Mejía Pérez, L.A. (2017). Conspiración del silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. Revista Neuropsiquiatría, 80(2), 130-132.
25. Huang, S., Tang, F., Liu, C., Chen, M., Liang, T., Sheu, S. (2014). Truth-telling to patients' terminal illness: What makes oncology nurses act individually?. European Journal of Oncology Nursing, 18(5), 492-497.
26. Dominguez-Guerrero B. (2019). Formación para la comunicación de malas noticias (tesis de pregrado). Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/44851/PFG001013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
27. Mendoza-Granada J. (2016). La función de enfermería en la comunicación de malas noticias: Revisión bibliográfica (tesis de pregrado). Recuperado de: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/2769/1/JULIA_MENDOZA_GRANADA__ENFERMERA__TFG.pdf.

28. Jumbo-Romero GV. (2018). Decisiones al final de la vida en el paciente oncológico terminal. La conspiración del silencio (tesis de pregrado). Recuperado de https://academicae.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/29037/Jumbo_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
29. Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León. (2020). Protocolo para profesionales sanitarios para la comunicación telefónica de malas noticias a familiares de pacientes con coronavirus en situación de cuidados de últimos días. Recuperado de https://www.saludcastillayleon.es/en/covid19/informacionprofesionales/informaciongeneral.files/1569187200324_COMUNICACION%20DE%20MALAS%20NOTICIAS%20a%20familiares%20de%20pacientes%20COVID.pdf

8.4. Cuestionario



CUESTIONARIO TFG

“La función de enfermería en la comunicación de malas noticias”

Mi nombre es Beatriz del Agua, estudiante de 4º curso de Enfermería en la Universidad de Valladolid. Este trabajo de fin de grado trata de estudiar qué papel desempeña nuestro equipo profesional en el proceso durante el cual un paciente recibe una mala noticia y, es por eso, por lo que agradecería que contestase de forma sincera y completamente anónima a las siguientes preguntas. Tratando de conocer así las diferentes actitudes, formas de trabajo, formación recibida y propuestas de mejora que presentan las enfermeras de diferentes unidades de los Hospitales Clínico y Río Hortega universitarios, de Valladolid.

Muchas gracias por su tiempo y le mando mucho ánimo en estos tiempos tan complicados.

(Para su cumplimentación, marque con una “X” en el espacio de su respuesta y escriba en los espacios que lo requiera).

1. Según su experiencia, para usted la comunicación de malas noticias es un proceso abordado por:

Enfermería Medicina Ambos Otros: _____

2. A la hora de realizar cuidados de enfermería a un paciente que ha recibido una mala noticia, usted presenta una actitud:

Cercana, siempre que sea posible a través de la comunicación.

Neutral, por razones de profesionalidad.

Distante, para evitar sentimientos propios de miedo y ansiedad.

3. ¿Sabe usted tratar con este tipo de pacientes y también autogestionar sus propios sentimientos?

Sí, a ambas.

Ninguna.

Solo sé tratar con ellos.

Solo sé autogestionar mis propios sentimientos.

4. A parte de la comunicación verbal, la comunicación NO verbal además de ser una fuente de información muy importante para enfermería, es una vía para dar apoyo emocional (como puede ser coger de la mano o ponerla sobre su hombro, la mirada, etc.). Antes de la pandemia por COVID-19 ¿la ponía en práctica?

Nunca.

A veces.

Siempre.

5. ¿Considera que la actual pandemia provocada por el SARS-Cov2 ha empeorado la comunicación enfermera-paciente?

Solo la comunicación verbal.

Solo la comunicación NO verbal.

Ambos tipos de comunicación.

Ninguno de ellos.

6. Con respecto a la comunicación y trabajo interprofesional, cuando el médico responsable comunica una mala noticia a un paciente, la mayoría de las veces usted conoce la información transmitida:

De forma presencial junto con el paciente en la misma habitación/consulta.

El médico se lo comunica a usted de forma presencial.

El médico se lo comunica a usted por vía telefónica o escrita.

A través del propio paciente, sin tener comunicación previa con el médico responsable.

7. ¿Cree que la carga de trabajo supone un problema para trabajar ese apoyo emocional a través de la comunicación o incluso para poder pasar visita con el médico responsable?

Solo para trabajar el apoyo emocional.

Solo para pasar visita con el médico responsable.

Es un problema para ambas.

No supone un problema para ninguna de las dos.

8. Entendiendo que la comunicación de malas noticias es un proceso (antes, durante y después) y no solo un acto, en un momento determinado. ¿Considera que se debería realizar de forma multidisciplinar, incluyendo a enfermería en este proceso?

Sí No Me es indiferente.

9. En su opinión, ¿El personal de enfermería debería recibir formación para desarrollar habilidades comunicativas específicas en estos casos y, también de habilidades para la autogestión emocional?

Sí No Me es indiferente.

10. ¿Ha recibido algún tipo de formación específica para ello?, en caso afirmativo indique por favor, qué tipo de formación y a través de qué entidad.

Sí: _____.

No.

11. (PREGUNTA ABIERTA). A continuación, puede dejar por escrito comentarios que considere de interés tras la realización de la encuesta, si desea aclarar alguna respuesta, o propuestas de mejora para la función que tiene enfermería en la comunicación de malas noticias.

8.5. Comentarios y opiniones de los profesionales de enfermería

El cuestionario elaborado y transmitido al personal de enfermería incorporó una última pregunta (número 11), pregunta abierta a comentarios, aclaración de respuestas y propuestas de mejora que considerasen estas enfermeras de especial interés. Se recibieron un total de 27 comentarios escritos, los cuales se reflejan a continuación:

1. *“En relación con la pregunta 6: En ocasiones resulta complicado realizar una reunión presencial médico-enfermera-familia/paciente. Por eso he marcado varias opciones.*

A pesar de las dificultades para realizar estas reuniones, siempre que el médico responsable ha tenido que dar alguna mala noticia, he sido debidamente informado de ello previamente.

Sería interesante favorecer la formación a alumnos de enfermería en las facultades, sobre la comunicación asertiva. De esta manera, a la hora de realizar las prácticas por Hospital/C.S, les será más sencillo comprender la situación e incluso ser partícipes activos en la comunicación de dichas noticias”.

2. *“Creo que la comunicación de malas noticias debería tratarse de forma más multidisciplinar, con la colaboración de médicos, enfermeros y el resto del personal sanitario (incluyendo AP). La formación específica en esta área es muy escasa y debería ser más abundante”.*
3. *“Más formación en el tema de gestión del duelo y cómo afrontarlo personalmente”.*
4. *“Que sea multidisciplinar (M y E), aunque sea el facultativo el que da la noticia, que sea en conjunto con el equipo de enfermería, que suelen ser las que dan más apoyo emocional”.*
5. *“Debería incluir y acentuar la participación enfermero en este tema. Dar algo más de formación para llevarlo a cabo”.*
6. *“El NHS (Servicio Nacional de Salud Inglés) promueve con cursos la formación del personal en técnicas de comunicación. En mi experiencia allí, a las enfermeras se nos ofrecía una rotación con los servicios de apoyo a los familiares*

- para Picu y Nicu (UCI de pediatría y de neonatos), recibiendo formación y participando en todas las actividades que realizaban, entre ellas dar apoyo emocional a las familias y la comunicación de malas noticias”.*
7. *“La comunicación enfermera-médico debería acentuarse para poder brindar unos cuidados más adecuados”.*
 8. *“Los médicos deberían comunicarnos más el estado del paciente y el pronóstico y expectativas que tienen”.*
 9. *“Es necesario mejorar la comunicación médico-enfermera”.*
 10. *“La formación en este campo es muy importante tanto para el profesional como para el paciente y familiares”.*
 11. *“5. Creo que los contrapuntos de la actual pandemia es el empeoramiento de la comunicación no verbal, debido a que el uso de la mascarilla (entre otras cosas) impide que, tanto a enfermera como paciente que el mensaje que se quiere transmitir llegue en condiciones óptimas”.*
 12. *“Deberíamos recibir formación en la facultad y en el centro de trabajo, tanto el personal de enfermería como todos los profesionales que tratan con el paciente. La información que se le da al paciente debería ser consensuada por el profesional de enfermería (enfermeras y TCAEs) y por el resto de profesionales antes de informar al paciente.*
 13. *“Aunque la figura del médico suele ser más importante en la comunicación de una mala noticia, la enfermería supone otro pilar fundamental por lo que debe de ser correctamente entrenada y formada para dar el apoyo emocional necesario en todo el proceso, la mala noticia no es un acto único por lo que saber gestionar las emociones que vayan surgiendo tanto del paciente como su familia, es tan importante como lo anterior. La familia es otro punto a abordar, al final son ellos los que compartirán esos momentos junto al paciente y deben de recibir por parte de los profesionales oportunos la ayuda y el soporte necesarios. La pandemia en este sentido no ha hecho más que dificultar todos estos aspectos tanto con el paciente, como con su familia”.*

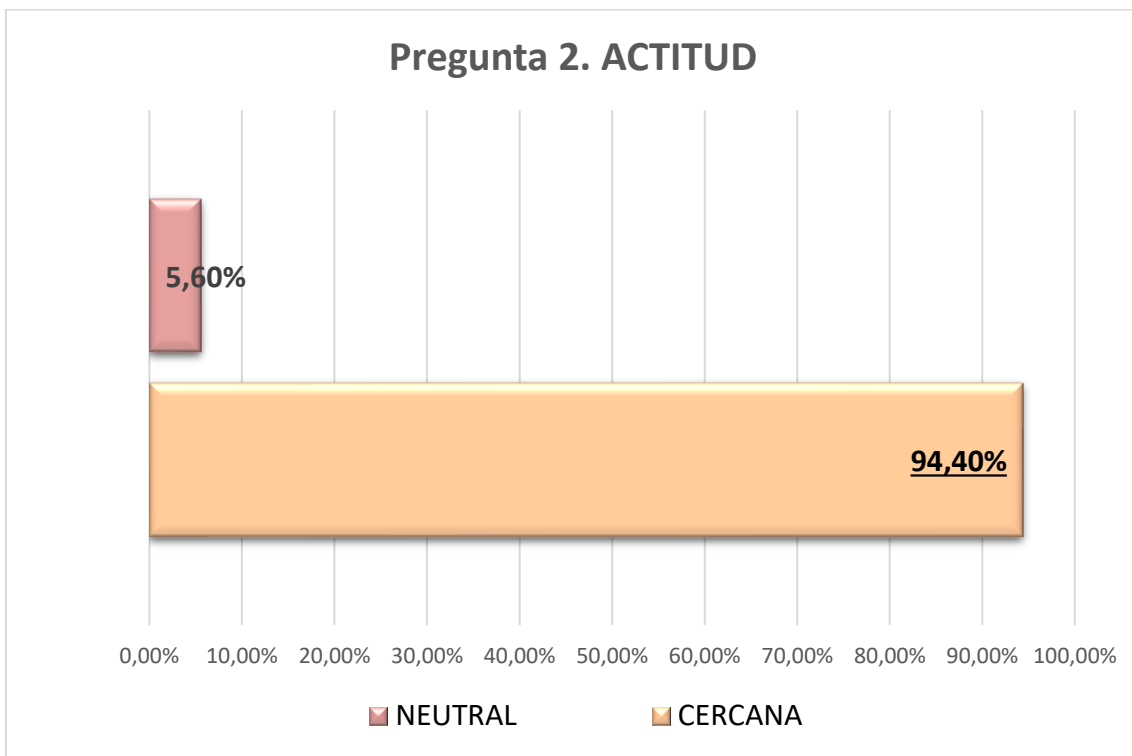
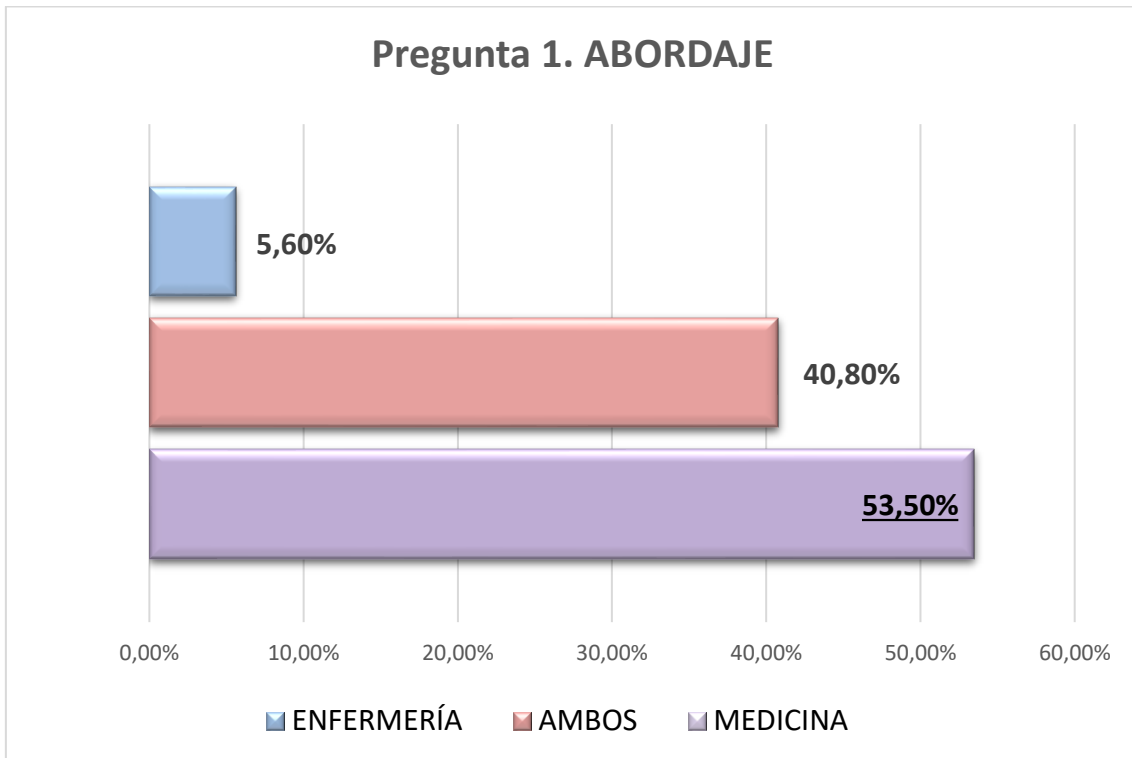
14. *“Asumir la responsabilidad en la comunicación con el paciente, no delegar en el medico. Si disminuyera la gestión asistencial, enfermería tendría mejor disposición y tiempo para participar en el cuidado emocional del paciente”.*
15. *“La carga de trabajo e imposibilidad de conocer a los pacientes debido a que suelen cambiarnos de servicio constantemente, dificulta mucho el proceso de comunicación de malas noticias”.*
16. *“Aclaración de preguntas: N°5: considero que en nuestra unidad de oncología solo se ha visto alterada la comunicación no verbal ya que al ser planta NO COVID, las medidas restrictivas son menores que en plantas/unidades COVID, por lo que podemos permitirnos tener más libertad para estar en las habitaciones y permanecer más tiempo en ellas.*
- N°6: La opción señalada no siempre es así, ya que en ocasiones hay pacientes de otras especialidades ingresados y no siempre es posible coincidir con el medico responsable, por lo que otra de las vías seria la escrita.*
- N°8: Todo lo anterior junto con esta pregunta podría mejorarse y llevar a cabo el trabajo multidisciplinar de información de malas noticias, si la carga de trabajo de enfermería no fuese tan grande y el n° de pacientes por enfermera fuese menor. Estos dos últimos aspectos en ocasiones no permiten a la enfermera atender al paciente como nos gustaría, tampoco permite pasar visita con el médico y de este modo, ser partícipes junto al médico de la comunicación de malas noticias”.*
17. *“Se informa de manera “fría”, poco cercana y a veces sin la intimidad necesaria en las habitaciones “conviven” 2 pacientes y se informa estando el compañero presente. También se informa a acompañantes primero, a veces o la gran mayoría sin haber informado previamente al paciente. Tengo la suerte de trabajar con compañeros médicos que previo a comentar malas noticias me lo han comunicado y hemos ido los dos a informar al paciente”.*
18. *“Pregunta n°3: Muchas veces es muy difícil saber cómo actuar antes este tipo de pacientes. Me resulta más fácil gestionar mis sentimientos que tratar a los pacientes en esas circunstancias”.*

19. *“Con respecto a la pregunta n°6, en mi experiencia, se me han dado varias situaciones: a veces me entero en el cambio por las compañeras, otras veces al leer yo misma la historia clínica, otras por la familia... Casi nunca me he enterado en el mismo momento que se le comunica al paciente”.*
20. *“Cuando el médico comunica una mala noticia, muchas veces no se lo comunica a la enfermera y es el propio paciente el que nos lo comunica”.*
21. *“No estamos formados para tratar emocionalmente a estos pacientes, necesitamos formación. En la mayoría de las ocasiones logro dejar mi trabajo en el trabajo, con la pandemia no. Una mala noticia de un diagnóstico de esclerosis múltiple me enteré por la paciente llorando de manera desconsolada, es más, me tuve que disculpar con la paciente porque al entrar me quedé frenada sin saber qué le pasaba. Necesitamos mejor comunicación.”*
22. *“Considero que debería ser una parte fundamental en nuestra profesión y se debería trabajar en este ámbito de mejora en enfermería”.*
23. *“Enfermería debería mostrar una actitud cercana con el paciente y familia para acompañar en momentos complicados, lo importante no solo las técnicas sino también el apoyo emocional”.*
24. *“No siempre es necesario pasar visita con el médico, dependiendo del servicio, pero si es necesario la buena comunicación de cuidados/noticias/información sobre el paciente con todo el equipo multidisciplinar”.*
25. *“En respuesta a la pregunta número 3, es muy complicado dar malas noticias a los pacientes y familiares. Cada persona es diferente por lo que no se puede considerar que podamos saber manejar este tipo de situación. En cuanto la autogestión de sentimientos estoy segura de que se nos da poca formación y muchas veces damos poca importancia a nuestras propias sensaciones”.*

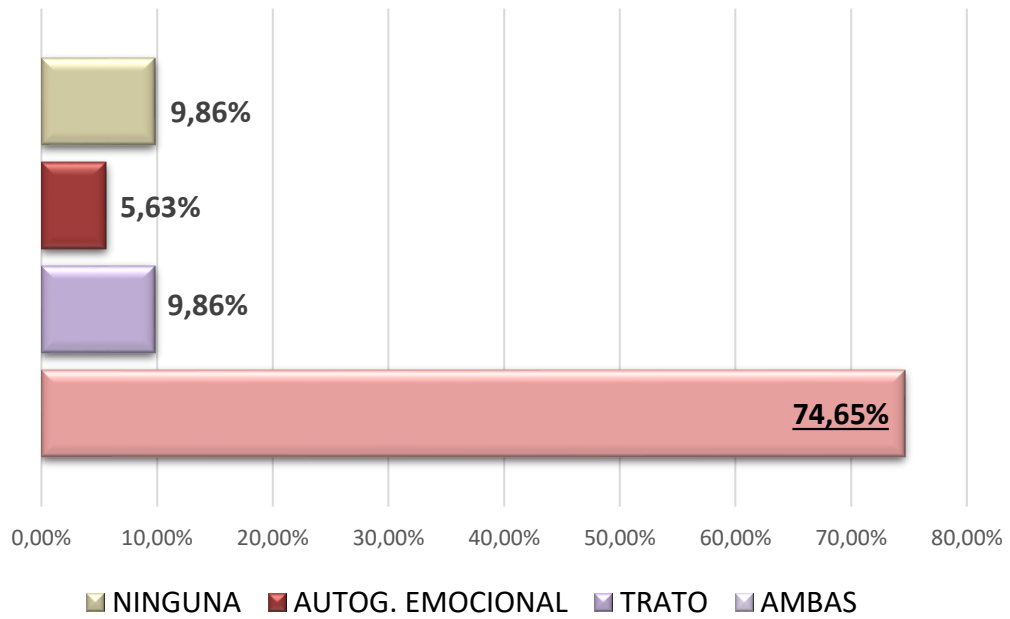
A su vez, un total de 20 enfermeras afirmaron haber sido formadas específicamente para este tipo de procesos señalando las siguientes entidades como su fuente de documentación y formación:

1. *Cursos sobre duelo perinatal.*
2. *Cursos de formación y en la formación EIR.*
3. *Cursos de formación continuada SATSE (dan formación).*
4. *Formación continua de cursos.*
5. *SaCyL/colegio de enfermería/satse.*
6. *Formación a cargo del hospital, mediante cursos y talleres”.*
7. *Comunicación verbal/no verbal. Universidad y cursos colegio de enfermería.*
8. *Curso del colegio de enfermería.*
9. *Máster oficial: tratamientos de soporte y cuidados paliativos.*
10. *Especialidad en salud mental y cursos específicos sobre comunicación.*
11. *Cursos del colegio de enfermería.*
12. *en la carrera de enfermería.*
13. *Curso de inteligencia emocional (SaCyL).*
14. *Solamente por la asignatura de psicosociales del grado de enfermería.*
15. *Durante la carrera.*
16. *Cursos ofrecidos por hospital de inteligencia emocional, control del estrés y emociones.*
17. *Curso de formación continuada en el duelo.*
18. *En el hospital, congresos de paliativos.*
19. *Cursos.*
20. *Cursos de comunicación y cuidados paliativos.*

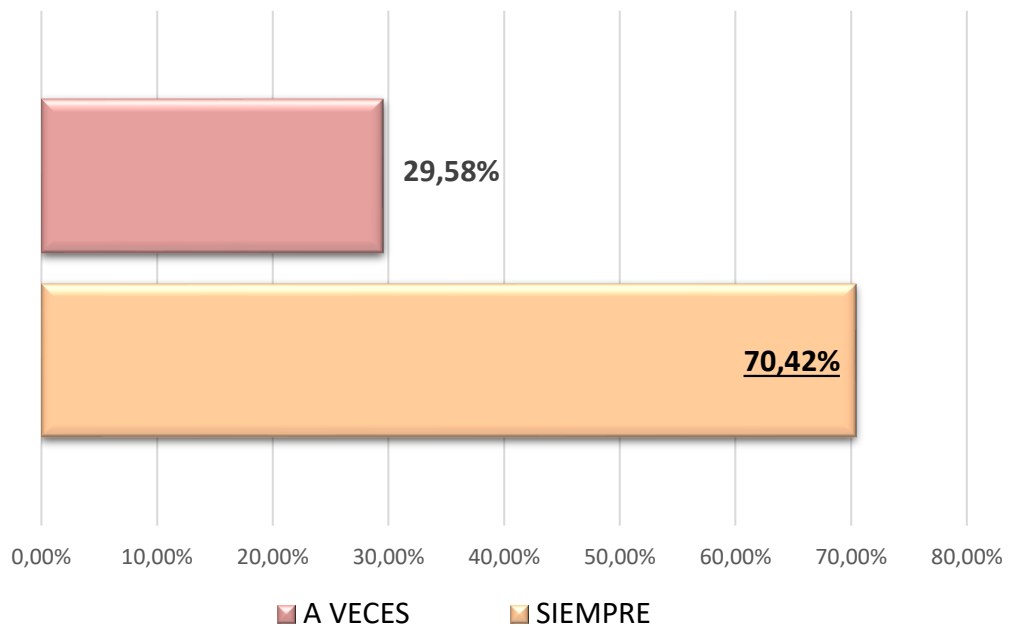
8.6. Gráficos y tablas de frecuencias. Resultados cuestionario



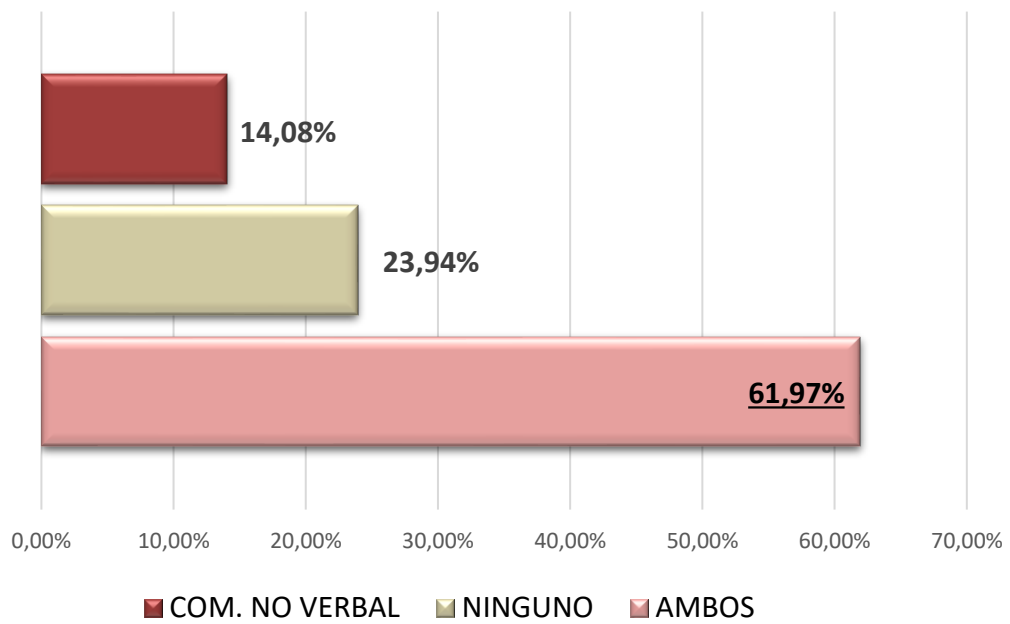
Pregunta 3. TRATO Y AUTOGESTIÓN EMOCIONAL



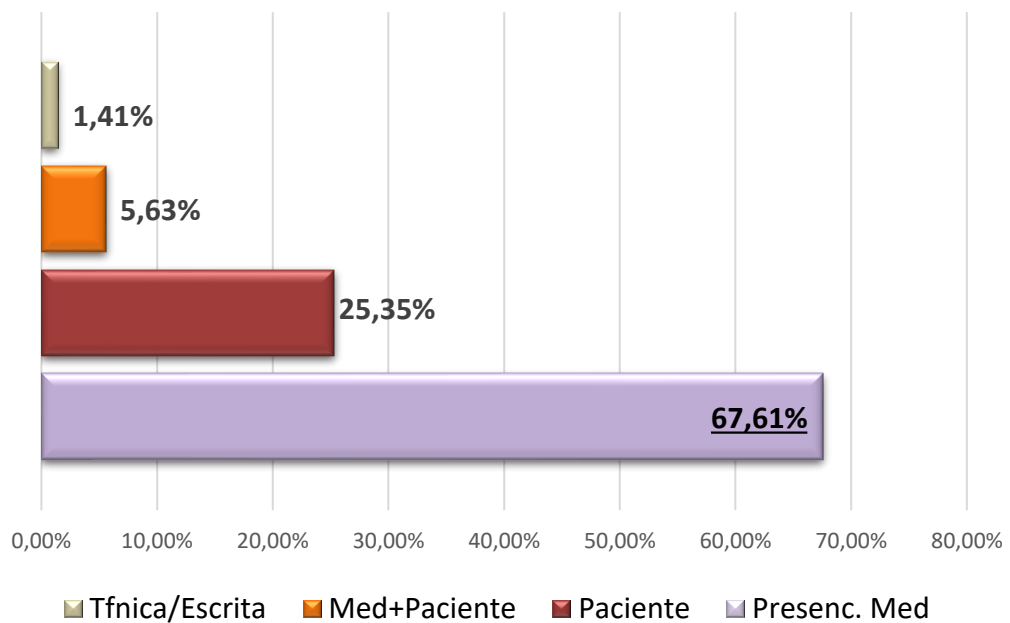
Pregunta 4. COMUNICACIÓN NO VERBAL



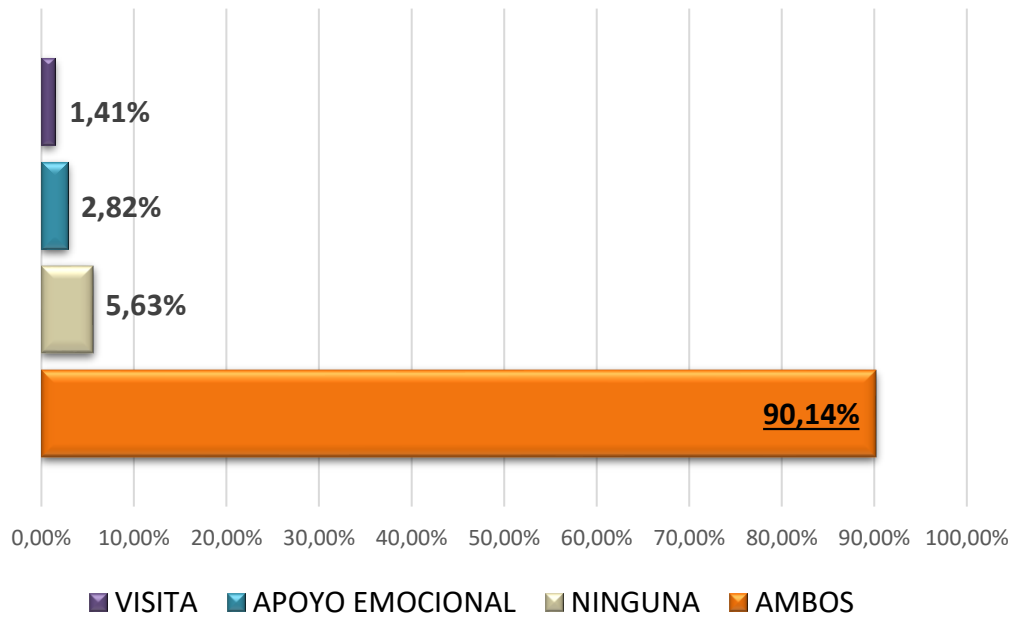
Pregunta 5. PANDEMIA COMO PROBLEMA



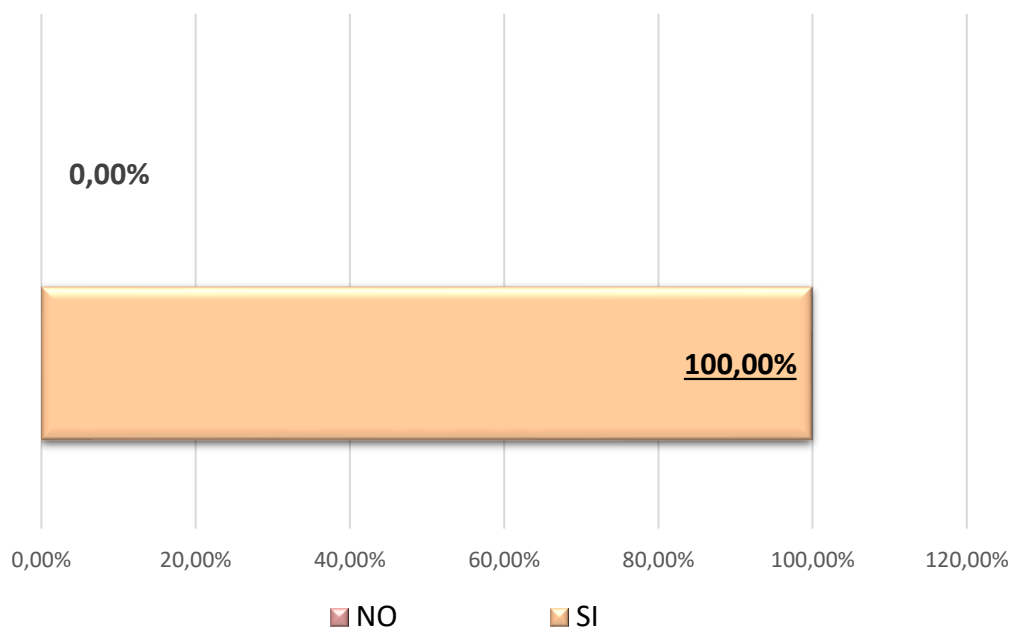
Pregunta 6. COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL

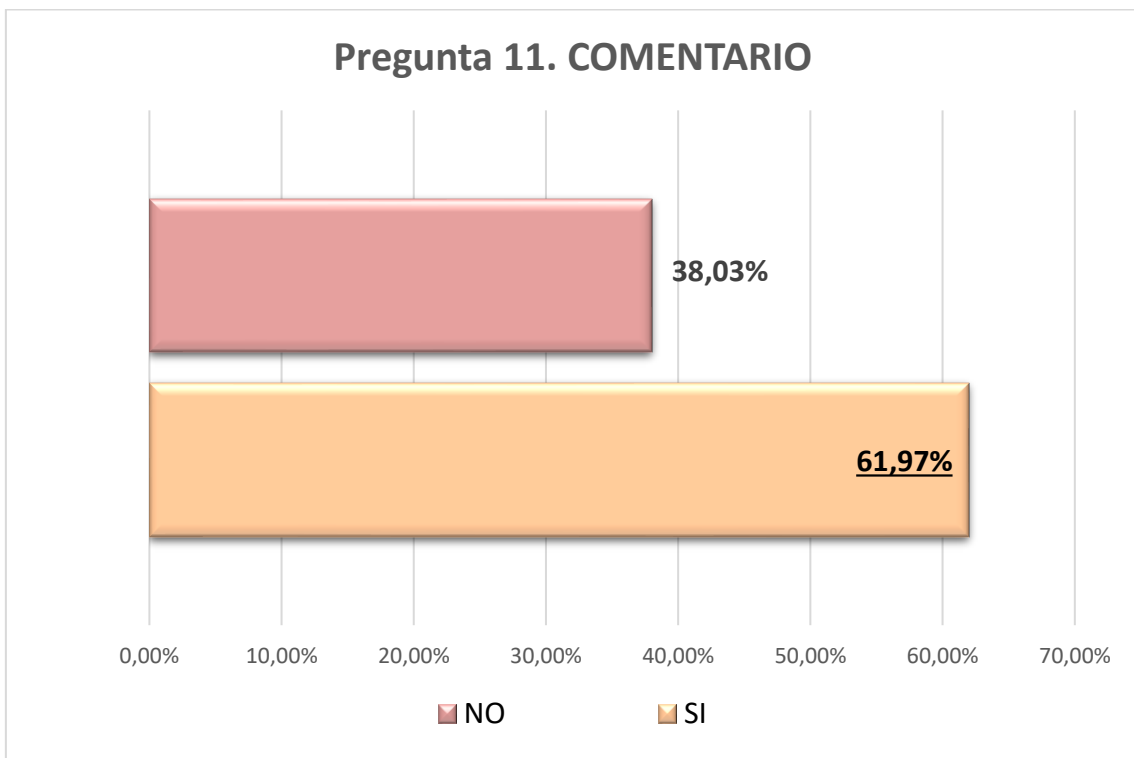
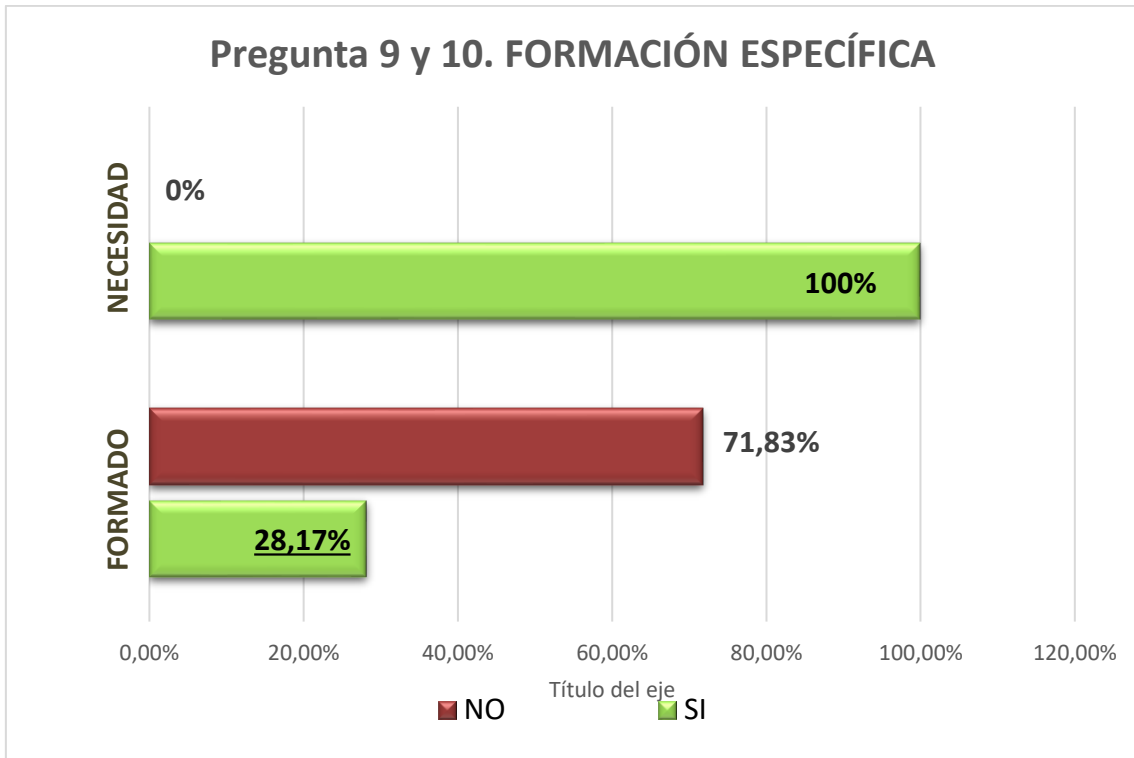


Pregunta 7. CARGA LABORAL COMO PROBLEMA



Pregunta 8. CMN MULTIDISCIPLINAR





Estadísticos

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
N	Válido	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1.ABORDAJE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Enfermería	4	5,6	5,6	5,6
	Medicina	38	53,5	53,5	59,2
	Ambos	29	40,8	40,8	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

2.ACTITUD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cercana	67	94,4	94,4	94,4
	Neutral	4	5,6	5,6	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

3.TRATO Y AUTOGESTION EMOCIONAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ambas	53	74,6	74,6	74,6
	Ninguna	7	9,9	9,9	84,5

Solo tratar	7	9,9	9,9	94,4
Solo autogestionar sentimientos	4	5,6	5,6	100,0
Total	71	100,0	100,0	

4.COMUNICACION NO VERBAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A veces	21	29,6	29,6	29,6
	Siempre	50	70,4	70,4	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

5.PANDEMIA COMO PROBLEMA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO verbal	10	14,1	14,1	14,1
	Ambos	44	62,0	62,0	76,1
	Ninguno	17	23,9	23,9	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

6.COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Presencial junto a paciente	4	5,6	5,6	5,6
	Presencial aislada	48	67,6	67,6	73,2
	Vía telefónica o escrita	1	1,4	1,4	74,6

Por el propio paciente	18	25,4	25,4	100,0
Total	71	100,0	100,0	

7.CARGA LABORAL COMO PROBLEMA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Apoyo emocional	2	2,8	2,8	2,8
	Pasar visita	1	1,4	1,4	4,2
	Ambas	64	90,1	90,1	94,4
	Ninguna	4	5,6	5,6	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

8.MULTIDISCIPLINAR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	1	1,4	1,4	1,4
	Si	70	98,6	98,6	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

9.NECESIDAD DE FORMACION

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	71	100,0	100,0	100,0

10.FORMADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	51	71,8	71,8	71,8
	Si	20	28,2	28,2	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

11.COMENTARIO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	44	62,0	62,0	62,0
	Si	27	38,0	38,0	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

8.7. Protocolos de actuación ante la CMN

La evidencia sugiere que los profesionales de la salud se incomodan con el proceso de CMN, por lo que a lo largo de los años fue cobrando poco a poco una mayor importancia el tipo de habilidades empleadas durante este proceso, por lo que se elaboraron protocolos de actuación para los profesionales que realizan dicha función. El protocolo **SPIKES** o EPICEE (traducido al castellano) fue enfocado al personal de medicina y es el más referenciado y utilizado para este tipo de procesos. Fue creado por el oncólogo Buckman y se basa en 6 etapas sucesivas ⁽¹⁷⁾: “E” entorno, “P” percepción del paciente, “I” invitación, “C” comunicar, “E” empatía, “E” estrategia.

López B.V⁽²²⁾ sugirió el uso de un protocolo de CMN desarrollado a partir del SPIKES más completo y autocrítico con el profesional y enfocado a la enfermería. En este protocolo, la etapa que corresponde a la etapa seis del SPIKES consiste en realizar un plan de cuidados para el paciente llevado a cabo por la enfermera. ⁽²⁷⁾ en el cual se establece un plan de cuidados y seguimiento, diseñado de acuerdo con las necesidades físicas y psicológicas del paciente y familia.

Pereira A.T et al ⁽²⁰⁾ determinaron que no existe un protocolo o guía estándar para comunicar una MN, debido a que cada profesional tiene sus propias características personales y visión de la situación del paciente. Esta posición es respaldada por una revisión ⁽²³⁾ que comprende un enfoque diferente según el criterio del profesional, del entorno institucional, así como de los factores personales del paciente (edad, cultura, educación, género y su situación de vida). Por ello se describieron una serie de recomendaciones:

- Sensibilidad a la hora de entregar el mensaje y conocer la situación del paciente.
- Información clara, pausada, honesta y uso adecuado de palabras, permitiendo la adaptación del paciente y preservando su intimidad.
- Cuidar la comunicación no verbal, la escucha activa y la empatía.
- No destruir la esperanza del paciente con frases como “no hay nada que hacer”, pero tampoco crear falsas esperanzas.

Aun así, este artículo destacó que los dos protocolos más completos y con el fin de desarrollar habilidades para la CMN con enfoque individualizado y centrado en el paciente serían el protocolo *SPIKES* y *SPIKES ENFERMERA*.

Al comparar los protocolos *SPIKES* y *Bennett & Alison*, vemos en el segundo protocolo la importancia de incluir a la familia/otros significativos dentro de este proceso. Las diferencias entre ambos son mínimas, quizás cabría mencionar que el protocolo de Bennett & Alison se inicia con un proceso de preparación previa a la entrega de la mala noticia.

El método “*ABCDE*”, descrito por *Rabow y Mcphee* insiste en la importancia de revisar detalladamente el caso clínico del paciente para brindar información confiable descritas a continuación.

El protocolo más reciente fue creado por Rebello, Marchetti, Lemonica y Moreira (2017) al que denominaron “*PACIENTE*” elaborado tanto para médicos como para profesionales de enfermería, entendiendo que estos últimos además de formar parte del proceso de asimilación de la información explicando lo transmitido por el médico y resolviendo dudas, deben desde su ámbito transmitir también malas noticias.

En el cuarto apartado “*I: Informar: Ofrecer pronóstico y diagnóstico. Siempre de manera clara y honesta. Dejar esperanzas, pero siendo realistas* “. Sobre este punto ya previamente Kübler-Ross (1969) destacó que dar esperanza no significa que debemos mentir al paciente, simplemente debemos dejar abierta la posibilidad de que algo inesperado y bueno pueda pasar.

Durante la situación pandémica por **COVID19** (provocada por el SARS-Cov2), la CMN referidas a esta patología y las consecuencias que tuvo sobre millones de personas, se estableció de manera oficial en la Gerencia de salud de Castilla y León (SACYL) un protocolo para profesionales sanitarios para la CMN a familiares de pacientes con coronavirus en situación de cuidados de últimos días. (29)

El protocolo lo llevaba a cabo el profesional que atendiese habitualmente al paciente, pudiendo ser tanto de medicina como de enfermería. El modelo del protocolo se basó en las 6 etapas de *SPIKES* de Buckman, pero orientados hacia la familia en vez de al paciente.

8.7.1. Protocolo SPIKES o EPICEE

ETAPAS	DESARROLLO
<p>1. Preparación del entorno y del profesional (<u>Setting</u>)</p>	<p>Consiste en la disposición, tiempo y conocimiento por parte del profesional con respecto a la información. Es necesario un lugar físico tranquilo y privado donde se va a realizar la comunicación. Entre las recomendaciones se aconseja saludar al paciente por su nombre, establecer contacto físico en cierta medida, tomar asiento junto al paciente a una distancia próxima y adoptar una postura corporal relajada y segura. Se le preguntará al paciente la presencia de la familia o personas significativas durante la entrevista.</p>
<p>2. Explorar el conocimiento del paciente sobre su situación (<u>Perception</u>)</p>	<p>Significa indagar en lo que el paciente sabe de la situación, así como sus sentimientos y preferencias. Es importante la recogida de información tanto verbal como no verbal y su interpretación realista.</p>
<p>3. Conocer el deseo a saber del paciente (<u>Invitation</u>)</p>	<p>Consiste en determinar en qué medida el paciente quiere saber la noticia. Ésta es una invitación a recibir información que se le ofrece al paciente, y debe de hacerse con delicadeza y clarificando las preferencias personales.</p>
<p>4. Comunicar la información (<u>Knowledge</u>)</p>	<p>El profesional asume el rol de educador. En este punto son importantes cuatro recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar un lenguaje claro y sencillo, en términos adaptados al paciente. - Ofrecer la información dosificada y progresiva utilizando las pausas adecuadamente y anticipando el momento. - Comunicar reforzando los aspectos que maneja el paciente y las circunstancias positivas. - Asegurarse de que el paciente ha comprendido la información que se le ha proporcionado, dándole sentido a los hechos.

5. Explosión y recepción de sentimientos (Empathy)

Es el aspecto determinante en una CMN favorable y el más difícil de llevar a cabo. Dar respuesta a la emoción del paciente supone reconocerla y verbalizarla, demostrando empatía hacia el paciente. La secuencia de emociones que experimenta el paciente es: shock e incredulidad, terror y angustia, negación, ira y resentimiento, aflicción y tristeza, asimilación y aceptación. Esta secuencia no se da siempre en orden.

6. Planificación y seguimiento (Strategy and summary)

Es la definición de una estrategia conjunta donde se enuncien los pasos que hay que seguir, es decir, un plan de actividades enfocado al paciente, haciéndolo partícipe a su vez.

Fuente: Elaboración a partir de Buckman R (2000).

8.7.2. Protocolo durante la pandemia por COVID19

ETAPAS	DESARROLLO
1. Preparar la entrevista	Recopilación de toda la información, planificar la entrevista y prepararse antes de la llamada.
2. Averiguar qué sabe el familiar	Identificarse el propio profesional, identificar a la persona con la que se contacta y el motivo del mismo y, preguntar qué información conoce hasta el momento.
3. Valorar lo que el familiar quiere saber	Preguntar directamente qué nivel de información puede asimilar y hacerle buscar apoyo si no es así.
4. Compartir la información	Información veraz y realista con lenguaje sencillo e ir dándola de forma progresiva. Acoger las emociones que se vaya produciendo en la familia, hacer pausas y asegurar la comprensión de la información.
5. Responder a los sentimientos del paciente	Poner en práctica la escucha activa y empática, identificar y poner nombre a las emociones. Permitir y acoger las emociones, preocupaciones y necesidades. Y dar tiempo para la expresión emocional.
6. Planificación y seguimiento del proceso	Dar un pronóstico realista, ofrecer visita si es posible, explicar los trámites y tener en cuenta las opiniones y preferencias. Detectar necesidad de ayuda psicológica y realizar un resumen final para asegurar la comprensión.

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León (2020).

8.7.3. *Modelo SPIKES ENFERMERA*

ETAPAS	DESARROLLO
1. Designación	Consiste en mostrar sensibilidad al sufrimiento del paciente.
2. Comprensión	Conocer los temores, preocupaciones y percepciones del paciente.
3. Respeto	Tratar al paciente con respeto para establecer una buena relación.
4. Apoyo	Ayudar al paciente a hacer frente a la situación.
5. Exploración	Favorecer que el paciente exprese sus emociones y sentimientos interiores y aclarar las dudas que puedan surgir.

Fuente: Elaboración a partir de Pereira A.T (2013).

8.7.4. ABCDE

ETAPAS	DESARROLLO
A: Preparación del ambiente (<u>Advance</u>)	Familiarizarse con la información del paciente, asegurarse un espacio para llevar a cabo la CMN y preparación de lo que se va a decir.
B: Construir el ambiente terapéutico (<u>Build</u>)	Determinar las preferencias del paciente en cuanto a qué y cuánto quiere saber además de hacer partícipe a otros miembros (familia y otros) en el proceso si el paciente lo desea. Hacer una introducción a la MN para anticiparla y preparar al paciente.
C: Comunicarse correctamente (<u>communicate well</u>)	Hablar con franqueza, empatía, claridad y sencillez, y dejar que el paciente marque el ritmo de la conversación dándole tiempo y silencios pausados. Asegurarse de la comprensión de la información, resumir e invitar a hacer preguntas.
D: Comprender la reacción del paciente (<u>Deal</u>)	Evaluar y responder adecuadamente a las reacciones mostrando apoyo.
E: Estimular y valorar emociones (<u>Encourage</u>)	Ofrecer una esperanza realista sobre las opciones disponibles y no hacer que el paciente pierda la esperanza. Evaluar el impacto que ha tenido la noticia en el paciente y los sistemas de apoyo de los que dispone. El profesional debe coordinar el trabajo con el resto del equipo para atender a sus necesidades antes, durante y después de la MN.

Fuente: Elaboración a partir de Rabow y McPhec (1999).

8.7.5. *Protocolo BREAKS*

ETAPAS	DESARROLLO
B: Fondo	Conocimiento exhaustivo de la situación del paciente (estado de salud y emocional, habilidades de afrontamiento, nivel educativo y sistemas de apoyo disponibles) y la preparación previa a la situación que se va a presentar. Es importante evitar las barreras físicas e interrupciones, así como cuidar la comunicación no verbal.
R: Compenetración	Establecer una buena relación con el paciente para el desarrollo de la conversación, evitando actitudes paternalistas.
E: Explorar	Indagar en los pensamientos y sentimientos del paciente para determinar si existen conflictos entre sus creencias y la información que se le va a transmitir. Involucrar a personas significativas para el paciente en este proceso resulta de ayuda para obtener más información, pero debe hacerse cuidadosamente y siempre con el consentimiento del paciente.
A: Anunciar	Revelación de la noticia paulatinamente y de manera anticipada, con el consentimiento del paciente. Es importante cuidar y adaptar el lenguaje y hacer un uso adecuado del silencio para permitir que el paciente exprese sus emociones.
K: Reacción	Respuesta del paciente a la noticia. Ésta puede ser predecible y por lo cual debemos de anticiparnos a ella y manejarla correctamente. El shock producido después de dar la MN hace que el paciente desconecte de la situación, por lo que debemos de hacer hincapié en su comprensión y en el seguimiento de la conversación.
S: Resumir	Resumen de la sesión y destacar los puntos más relevantes. Se debe enfatizar en las preocupaciones del paciente y en su estado emocional

Fuente: Elaboración a partir de Narayanan V (2010).

8.7.6. *Protocolo de Bennett & Alison*

ETAPAS	DESARROLLO
1. Preparación de la entrevista	Preparación del paciente mediante un encuentro anterior a la entrega de la MN.
2. Comienzo de la entrevista	Preparar el encuentro con anterioridad. La presencia de otro profesional (enfermera) debe tenerse en cuenta en este momento y después de la entrega de la noticia. En primer lugar, se realizará una breve introducción y se valorará el estado del paciente, el tiempo disponible y en ciertos casos la posibilidad de grabar la conversación.
3. Clarificar la historia y estrategias de afrontamiento del paciente	Explorar la interpretación del paciente sobre su situación usando preguntas abiertas y favorecer la participación de la persona en la conversación. Determinar si existe concordancia entre la noticia y la percepción del paciente y su deseo de saber.
4. Entrega de la mala noticia	Emplear un lenguaje congruente, no verbal, sencillo y claro. Antes se advertirá al paciente de la noticia, y después asegurarse de que ha sido comprendida.
5. Sosteniendo la respuesta	Mantener una actitud serena, comprensiva, objetiva y respetar el tiempo de asimilación. Hay que hacer un uso adecuado del silencio y darle tiempo al paciente para retomar la conversación.
6. Identificar otras preocupaciones	Reconocer los sentimientos del paciente después de la entrega de la MN.
7. Discutir el pronóstico	Evitar hacer predicciones específicas sobre el futuro del paciente para no crear falsas expectativas. Es más adecuado reconocer la incertidumbre si no se conoce el pronóstico exacto.
8. Cierre de la entrevista	Invitar al paciente a expresar emociones o preocupaciones no declaradas, y programar seguimientos.

Fuente: Elaboración a partir de Herrera A (2014).