



GRADO EN MEDICINA
FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

TRABAJO DE FIN DE GRADO:

LA COMUNICACIÓN DE LAS MALAS NOTICIAS

-PARTE I-

Presentado por: Begoña Crespo Gómez, Natalia López García

Tutelado por: Dra. Elvira Callejo Giménez

(Dpto. de Medicina, Dermatología y Toxicología:

Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria)

Valladolid, mayo 2023

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	2
1.1 OBJETIVOS.....	4
1.2 MATERIAL Y MÉTODOS.....	4
2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	7
2.1 RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.....	7
2.2 PACIENTE ONCOLÓGICO.....	8
2.3 MALAS NOTICIAS.....	9
2.3.1 ¿QUÉ SON LAS MALAS NOTICIAS?.....	9
2.3.2 EL DUELO Y SUS ETAPAS.....	10
2.4 COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS.....	11
2.4.1 ¿POR QUÉ ES DIFÍCIL COMUNICAR MALAS NOTICIAS?.....	11
2.4.2 PROTOCOLO DE BUCKMAN.....	12
2.4.3 LA CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO.....	14
2.4.4 FORMACIÓN ACTUAL A PROFESIONALES SOBRE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS.....	16
3. RESULTADOS.....	16
4. DISCUSIÓN.....	18
4.1 ANÁLISIS DE LOS COMENTARIOS PERSONALES.....	18
4.2 INFLUENCIA DE LAS VARIABLES EN LAS RESPUESTAS.....	19
5. CONCLUSIÓN.....	20
6. BIBLIOGRAFÍA.....	21(12)
7. ANEXOS.....	23(14)

PRÓLOGO

Este proyecto fue iniciado en el año 2018 por otro equipo de investigadores, y a causa de la pandemia COVID-19, quedó paralizado en la fase de recogida de datos. Pasada esta circunstancia, el equipo responsable se disgregó y no se pudo llevar a término el fin del trabajo. Por ello, y para que esos datos recogidos no quedaran sin analizar, han sido recuperados para llevar a cabo el estudio que se quería hacer de ellos.

RESUMEN

La comunicación de las malas noticias no es tarea fácil, suponiendo un reto en la práctica clínica de cualquier médico. Es un tema que ha sido profundamente estudiado a lo largo de los años y, que actualmente sigue en constante evolución. Se han desarrollado múltiples protocolos y guías, pero a pesar de toda esta información ¿se lleva a cabo de forma correcta en la práctica diaria?

Para poder responder a esta pregunta hemos realizado un análisis cualitativo mediante un cuestionario que fue entregado a pacientes diagnosticados de cáncer, y que consta de 12 ítems en los que se incluyen los aspectos más relevantes a la hora de comunicar malas noticias.

A pesar de que el cómputo global de los resultados obtenidos ha sido favorable, hemos logrado identificar ciertos aspectos con un amplio margen de mejora.

Con las conclusiones sacadas de este estudio pretendemos promover la formación del profesional sanitario en este ámbito y proporcionar los puntos clave en los que se puede optimizar esta enseñanza.

Palabras clave: Malas noticias, comunicación, formación, relación, duelo, conspiración silencio. Buckman.

1. INTRODUCCIÓN

La manera de comunicar el diagnóstico de una enfermedad grave resulta crucial, ya que puede condicionar fuertemente cómo se adapta el paciente a la misma.

Existen evidencias que demuestran que “cuando notificamos una mala noticia, el paciente y su familia comienzan un proceso (el duelo) [..]. Cómo demos la noticia y cómo nos enfrentemos a las reacciones del paciente y su familia tienen una gran importancia en el desarrollo posterior del duelo” (Lorda de los Ríos I. La comunicación de malas noticias.)

Consideramos que hablar de esa experiencia difícil, puede ayudar a los pacientes a aceptar mejor el proceso de la enfermedad y a los profesionales a mejorar nuestras habilidades de comunicación.

El objetivo principal de este trabajo es conocer cómo vivió el paciente la comunicación de la mala noticia, así como qué aspectos influyeron en sus mecanismos de comprensión y aceptación de la enfermedad. Como objetivo secundario, pretendemos dirigir estrategias de mejora en el profesional sanitario.

El equipo investigador realizó una encuesta con 12 ítems a pacientes mayores de 14 años con nuevo diagnóstico de cáncer (excepto cáncer de piel no melanoma) contando dos años retrospectivos desde el momento en que se pudieron obtener los datos de los pacientes. Ésta se realizó en el centro de salud o domicilio del paciente y posteriormente se han analizado los resultados.

Con los resultados se pueden realizar talleres divulgativos a los profesionales sanitarios para formación en comunicación de malas noticias y la publicación de la encuesta/resultados podrían resultar de ayuda para futuros proyectos.

La finalidad del proyecto es conocer qué aspectos influyen más en un paciente oncológico cuando recibe el diagnóstico de su enfermedad y, con los resultados obtenidos, intentar crear estrategias de mejora en los profesionales sanitarios para superar las carencias en el proceso de comunicación de una mala noticia.

Enfrentarse al tema de la muerte ha resultado una tarea difícil para el ser humano desde el principio de los tiempos. Según la cultura, país de origen, estado social o religiosidad, cada persona crea estrategias para sobrellevar la muerte, aunque según los estudios, no se ha conseguido inculcar una educación donde verdaderamente se considere un proceso natural de la vida. Ante una noticia que pueda alterar la vida de uno mismo o de un ser querido, aparecen sentimientos como miedo, rechazo, ansiedad, ira, etc. que impiden enfrentarse a la realidad de manera racional. El ser humano se encuentra ante una realidad que no comprende.

Teniendo en cuenta lo anterior, nos podemos hacer una idea de la dificultad que supone el momento de comunicar una mala noticia en un paciente oncológico cuyo pronóstico, en la mayoría de los casos, suele ser incierto. En el paciente receptor de la noticia influyen tanto su situación sociofamiliar, sus creencias, sus vivencias previas y la forma en que la noticia le es comunicada por parte del profesional sanitario.

En cuanto al profesional sanitario; éste también presenta sus miedos, experiencias vitales positivas o negativas y una base cultural que hará que se enfrente al momento de la comunicación de la mala noticia con mayor o menor ansiedad o temor⁷.

Una de las situaciones que generan mayor dificultad en el médico es saber enfrentarse a un acontecimiento vital estresante⁴ y gestionar las emociones de manera adecuada. No son pocas las referencias² que muestran la precariedad de formación de los médicos durante la carrera y su formación como médicos residentes. Por ello, sería interesante realizar este trabajo como impulso para incluir materias de formación para estudiantes de medicina y considerar incluir en todas las especialidades de medicina cursos dirigidos a la gestión de emociones y comunicación ante situaciones difíciles, que diariamente se viven en la práctica clínica. Al igual que en los artículos revisados, podría proponerse, entre otras cosas, el seguimiento del protocolo de Buckman^{1,4,5}, por parte de los profesionales sanitarios en nuestro día a día.

Además de las dificultades individuales de cada profesional, en la práctica clínica cada vez se está experimentando más un menor contacto médico-paciente, teniendo que dar las noticias de manera rápida, sin tener un lugar íntimo y adecuado para que el paciente y sus familiares se expresen^{1,2,4,5}.

Es por ello que consideramos que con nuestro proyecto podríamos dar luz a la importancia de dar malas noticias en un ambiente adecuado y cómo podría influir en la mejor adherencia del paciente al tratamiento, en la disminución de la ansiedad provocada en él y en sus familiares e incluso disminuyendo la frecuentación hospitalaria porque se ha podido dar unas pautas adecuadas y la confianza suficiente al paciente para entender su proceso.

Entre los grupos nacionales que trabajan en líneas afines podemos destacar: Asociación Española de afectados de cáncer de pulmón (ACEACaP), Asociación de afectados por melanoma y cáncer de piel en España (aAMelanoma), Asociación de afectados de tumores cerebrales en España (ASATE), Asociación de afectados por Cáncer de ovario (ASACO), Federación Española del cáncer de mama (FECMA), Asociación de pacientes y familiares de enfermos de cáncer colorrectal (EuropaColonEspaña): este grupo de asociaciones realizaron una encuesta titulada “Qué sienten los pacientes con cáncer” en 2013 en la que pretendían poner de manifiesto los sentimientos de las personas afectadas por el cáncer, no solo en el momento del diagnóstico sino la ruptura que supone en sus vidas (a nivel social, psicológico...) el conocimiento del diagnóstico.

1.1 OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Conocer cómo vivió el paciente la comunicación de la mala noticia y, qué aspectos considera que se podrían mejorar a nivel humano por parte de la comunicación del personal sanitario.

Objetivos secundarios:

- Conocer sus reacciones a partir del momento en el que reciben la noticia:
 - o Si han sentido apoyo de los profesionales sanitarios.
 - o Cómo han vivido la evolución de la enfermedad.
- Valorar si la percepción del paciente sobre la comunicación en el momento del diagnóstico condiciona la actitud frente al proceso de su enfermedad.
- Buscar estrategias de mejora en el profesional sanitario relacionadas con habilidades para dar malas noticias y ayudar al paciente oncológico.
- Valorar si el paciente considera beneficioso hablar de la vivencia del momento del diagnóstico.

1.2 MATERIAL Y MÉTODOS

Lugar de realización:

- Centro de Salud Urbano (recogida de datos).
- Área de Salud Oeste (análisis de datos).

Diseño del estudio:

- Se trata de un estudio cualitativo, observacional y descriptivo.
La investigación cualitativa es un método que consiste en recopilar y analizar datos no estandarizados para recabar opiniones o experiencias, así como datos sobre vivencias, emociones o comportamientos, con los significados que las personas les atribuyen.
Dado el tema central de este trabajo de fin de grado, y que el contenido del cuestionario utilizado para ello recoge experiencias reales de pacientes, hemos considerado este método de estudio como el más oportuno.

A pesar de ello, no hemos querido dejar de hacer un sencillo análisis estadístico, en el que se reflejan posibles asociaciones entre las variables seleccionadas y los resultados obtenidos en la encuesta.

No obstante, el análisis de carácter cuantitativo no ha sido el objetivo fundamental de este trabajo.

Sujetos de estudio:

- Pacientes mayores de 14 años del centro de salud Circunvalación, con nuevo diagnóstico de cáncer (excepto cáncer de piel no melanoma) contando dos años retrospectivos desde el momento en que se puedan obtener los datos de los pacientes.
- Se excluyen los menores de 14 años, los pacientes fallecidos, con deterioro cognitivo, que no vivían ya en la zona básica de salud o no localizables. También se excluyeron los pacientes que no eran conocedores del diagnóstico.
- La población sujeta a estudio fueron aquellas personas que pertenecían a la zona básica de salud de Circunvalación, que según los últimos datos de la guía de ordenación sanitaria de Castilla y León era de 12778 personas.
- Según la Sociedad Española de oncología médica de 2018, las cifras de incidencia de cáncer en España fueron de 653 en varones y 419 en mujeres por 100.000 habitantes. Por lo tanto, la incidencia probable de cáncer en nuestra zona básica de salud sería de 41 en varones y 26 en mujeres en un año, con una incidencia total de 134 casos en los dos años en que se valoró nuestro estudio.

Variables:

En el momento de valoración de las respuestas de la encuesta, se tendrán en cuenta las siguientes variables de los pacientes:

- Epidemiológicas: edad (años).
- Variables médicas: cáncer previo (si/no).
- Variables cualitativas ordinales: grado de satisfacción de la encuesta.

Recogida de los datos:

- El listado de pacientes se solicitó al Servicio de Promoción de la Salud de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.
- El periodo de tiempo (2 años) dependerá del momento en que se proporcionen los datos, contando dos años retrospectivos desde el momento en que se puedan obtener los mismos.
- Inicialmente se contactó con los médicos de familia de los pacientes, a fin de saber el grado de conocimiento sobre la enfermedad que tiene el paciente.
- Una vez obtenida esta información, se contactó con el paciente de forma oportunista (aprovechando una consulta a la que fuera a acudir) o por vía telefónica, concertando una cita.
- Si tras tres intentos de contactar telefónicamente con el paciente no se consiguió, y el paciente no acudió a consulta durante el periodo de realización de las entrevistas, quedó excluido del estudio.
- Las entrevistas se realizaron en el Centro de Salud o en el domicilio del paciente; las entrevistadoras fueron las médicos residentes de la especialidad de medicina familiar y comunitaria y las tutoras del Centro de Salud, así como otros profesionales interesados y previamente instruidos en la realización de la misma. Previamente a la realización de las entrevistas se realizó un taller formativo dirigido a aquellos profesionales que participaron.
- Los datos se recogieron mediante una encuesta (se adjunta en anexo). Ésta consta de 12 preguntas tipo test, con respuesta dicotómica de elección única, así como un apartado de comentarios para el paciente, donde se permitía expresar sus sentimientos de manera libre.
- La forma de recoger los resultados de la encuesta se realizó mediante variables cualitativas ordinales, contando el número de respuestas positivas de la encuesta.

Análisis de los datos:

En un primer momento, se recogieron los datos de las encuestas de los pacientes y realizando un conteo del número de respuestas positivas y negativas para cada pregunta, se obtuvo el porcentaje total de pacientes satisfechos (según la escala de satisfacción).

Como ha sido comentado previamente en el apartado “*diseño del estudio*”, los datos han sido tratados de un modo descriptivo-cualitativo, siendo este un enfoque más interesante que el que podría aportar un análisis estadístico exhaustivo.

Limitaciones del estudio:

- Al tratarse de un estudio observacional, no detecta casualidad sino asociaciones.
- Como algunos pacientes fueron entrevistados por sus médicos de familia, esto puede afectar al grado de fiabilidad de las respuestas.
- Los pacientes que recibieron la noticia en un período de tiempo más cercano a la encuesta, pueden recordar mejor el momento de la comunicación que aquellos que la recibieron en un período más anterior a la realización de la misma.

Consideraciones éticas:

Para poder realizar este estudio se facilitó al paciente un consentimiento informado, que debieron firmar previo a la realización de las encuestas.

Las bases sobre el estudio fueron aceptadas por el Comité de Ética en la investigación del área de salud de Valladolid Este.

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

"[...] el mayor error médico consiste en intentar curar el cuerpo sin intentar curar el alma". – Platón.

La relación médico-paciente es una interacción interpersonal de tipo profesional. Por un lado, el paciente demanda atención sanitaria; y, por otro lado, el médico ofrece ayuda basándose en sus conocimientos y habilidades profesionales. Se trata de una relación compleja, pues se compone de dos personas con diferentes valores éticos, morales, sociológicos, religiosos, etc.

Desde los inicios de la Medicina, la relación médico-paciente ha sido un elemento clave para el éxito de la práctica clínica. En un principio, se adoptó el modelo paternalista, basado en la figura autoritaria del médico, pues tomaba las decisiones que creía pertinentes con el fin de beneficiar al paciente, pero privándolo de participar en dichas decisiones sin respetar su autonomía, capacidad y derecho a decidir.⁸

Con el paso del tiempo, esta relación ha ido evolucionando hasta llegar al modelo actual, donde el paciente deja de ser un sujeto pasivo (modelo paternalista) y pasa a ser un sujeto activo. El médico, informa al paciente sobre su estado de salud y ofrece una serie de opciones

diagnósticas y terapéuticas, pero es éste quien, de forma autónoma, siempre y cuando se encuentre capacitado para comprender dicha información, decide qué actitud tomar.

Actualmente, la mayor parte de los profesionales llevan a cabo el modelo deliberativo. En este modelo, se establece un diálogo en la toma de decisiones compartida que permite ayudar al paciente a decidir de entre todas las opciones posibles, aquellas que resulten más beneficiosas para su proceso patológico. Gracias a este modelo, se consigue una relación médico-paciente basada en el respeto y la empatía.⁹

Como hemos mencionado anteriormente, esta relación resulta fundamental para conseguir una asistencia médica de alta calidad en cuanto al diagnóstico, tratamiento y evolución de la enfermedad.

El médico debe abordar desde una perspectiva integral y centrada al paciente, atendiendo también a sus emociones, sentimientos e inquietudes, siendo imprescindible para establecer una buena relación médico-paciente.

Alguno de los aspectos más importantes para que esta relación sea adecuada son: la escucha activa; atender y responder todas las dudas que tenga el paciente; proporcionar toda la información (si el paciente desea conocerla); hablar de manera clara y concisa; dedicar tiempo al paciente; mostrar empatía y, transmitir seguridad, confianza y tranquilidad.⁹

En conclusión, tener una buena relación médico-paciente influye muy positivamente en la calidad de vida del enfermo. A su vez, ayuda a que el paciente tenga una buena adherencia al tratamiento, mejorando su estado de salud.

2.2 EL PACIENTE ONCOLÓGICO (Gráficos adjuntos en “Anexo 7.2 y 7.3”)

Antes de comenzar a hablar sobre el paciente oncológico, vamos a definir lo que es el cáncer. El cáncer es un conjunto heterogéneo de enfermedades malignas de origen genético caracterizadas por una proliferación celular anormal, inicialmente monoclonal, autónoma, progresiva y destructiva, que sin tratamiento conduce a la muerte precoz del individuo.

Según la OMS, el cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células que puede aparecer en cualquier lugar del cuerpo.

Es la principal causa de morbilidad en el mundo con aproximadamente 18,1 millones de casos nuevos en el año 2020 a nivel mundial (excluyendo los tumores cutáneos no melanoma). Se estima que en el año 2040 el número de casos al año aumente a 28 millones.¹⁰

El paciente oncológico necesita un abordaje multidisciplinar y un seguimiento estrecho por distintas especialidades. Se trata de un paciente frágil, tanto física como psicológicamente, por lo que, además de intentar tratar en la medida de lo posible el tumor o las consecuencias derivadas de éste, también es fundamental brindar apoyo psicológico y unos cuidados especiales durante y después del proceso.

A continuación, hablaremos más en profundidad sobre las malas noticias, su comunicación y la repercusión que tiene sobre estos pacientes.

2.3 MALAS NOTICIAS

2.3.1 ¿QUÉ SON LAS MALAS NOTICIAS?

Se entiende por “mala noticia” cualquier información que cambia negativamente la perspectiva del paciente sobre su futuro provocando una alteración emocional.¹²

Una mala noticia tiene dos componentes:

- Objetivo: hace referencia a la severidad de la misma.
- Subjetivo: depende de cómo reaccione el paciente y el impacto que tenga sobre su futuro.^{12,4,13}

Es por ello por lo que, una misma noticia puede desencadenar diferentes emociones e inquietudes según el paciente que la recibe. Por ejemplo, una persona puede no darle la misma importancia a una fractura de tobillo que un futbolista, pues su futuro en esos momentos es incierto ocasionándole cierta angustia y preocupación.

Así mismo, como perciba y reaccione un paciente ante la comunicación de una mala noticia depende de diversos factores como obligaciones personales, profesión, edad, valores, vivencias pasadas, entorno psicosocial, etc.

En la práctica médica existen distintos tipos de malas noticias como pueden ser: la comunicación de una enfermedad terminal, diagnóstico de una enfermedad maligna, fallecimiento de un paciente, complicación de una enfermedad benigna, enfermedades degenerativas o enfermedades crónicas.¹¹

También, influye en la comunicación la relación médico-paciente (como hemos comentado anteriormente). Para algunos profesionales, transmitir una mala noticia a un paciente con el que han establecido una buena relación les supone todo un reto, pues les ocasiona un sentimiento de culpabilidad, fracaso y presión. “Es más fácil cuando el paciente no es mío,

me siento como un emisario, es más mecánico, no me involucro emocionalmente”¹¹. Sin embargo, hay médicos a los que les resulta más fácil la comunicación cuando la relación con el paciente es buena.

Más adelante, profundizaremos sobre las malas noticias, la dificultad y los factores que influyen a la hora de comunicarlas.

2.3.2 EL DUELO Y SUS ETAPAS

El duelo es el proceso psicológico al que nos enfrentamos los seres humanos tras una noticia o acontecimiento negativo, como puede ser el diagnóstico de una enfermedad terminal, o el fallecimiento de un ser querido, siendo este último el tipo de duelo más relevante (duelo por muerte).

Según el modelo de Kübler-Ross (adjunto en “Anexo 7.4”), el duelo consta de cinco fases adaptativas (negación, ira, negociación, depresión y aceptación), existiendo variabilidad entre los individuos, pues hay personas que no experimentan las cinco fases o, no lo hacen de forma consecutiva.¹⁴

Kübler-Ross, psiquiatra y escritora suiza, describió por primera vez las cinco fases del duelo en su libro “Sobre la muerte y el morir”.

1. Fase de negación:

La negación es un mecanismo de defensa del ser humano, en este caso ante la noticia de una enfermedad terminal, asociada con frecuencia a estados de shock. El paciente ante la negativa de asumir dicho diagnóstico tratará de buscar segundas opiniones, pedirá repetir las pruebas médicas, etc.

Ante esta situación, el médico no debe crear falsas esperanzas ni intentar combatir la negación. La manera de afrontar y asimilar las adversidades varía de un individuo a otro, debiéndose respetar los tiempos que cada persona necesita.

2. Fase de indignación o de ira:

En esta fase predominan los sentimientos de impotencia y rabia. Tanto el paciente como sus familiares tratarán de buscar culpables o responsables de la situación. Un ejemplo que se ve con frecuencia es la percepción del paciente de que las pruebas diagnósticas no han sido realizadas a tiempo, recayendo la culpa sobre el médico.

3. Fase de pacto-negociación:

El paciente afronta la realidad, pero mantiene la esperanza de que la situación revierta. A pesar de saber que la enfermedad no tiene una cura definitiva busca otras opciones terapéuticas con el fin de lograr una mejoría o remisión.

4. Fase de depresión:

En este período el paciente comienza a asimilar la realidad predominando los sentimientos de tristeza y desolación que, junto con la desesperanza, hacen que el individuo deje de encontrar sentido a su vida y comience a aislarse de su entorno mostrando falta de interés por cualquier actividad y/o por las personas.

5. Fase de aceptación:

Esta es la última fase del duelo. Una vez aceptada y asumida la realidad, el paciente comienza a convivir con su enfermedad mostrándose tranquilo y sereno con él mismo y con su entorno.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Buckman R. Communications and emotions. Skills and effort are key. *BMJ*. 2002;325:672.
2. Sobrino López A. Comunicación de malas noticias. *Semin Fund Esp Reumatol* 2008;9:111- 22
3. García Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med. Intensiva [Internet]*. 2006 Dic [citado 2018 Feb 14] ; 30(9): 452-459. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000900006&lng=es.
4. Lorda de los Ríos I. La comunicación de malas noticias. *Bol oncol*. 2018. (26).
5. Alves de Lima A.E. ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento?. *Rev Argent Cardiol*. 2003 May; 71 (Pt 3): 217-20.
6. García Rodríguez FM., Becerra Gálvez AL., Lugo González IV., Reynoso Erazo L. Satisfacción percibida por los pacientes oncológicos en relación con el personal médico. *Rev Hosp Jua Mex*. 2013; 80 (3): 155-62.
7. Pire Stuart P., Grau Ávalo J., LLantá Abreu MC. La información médica al paciente oncológico. *Rev Cubana Oncol*. 2001; 17(2):105-10.
8. Beca Infante, J. P. (2017). La autonomía del paciente en la práctica clínica. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 33(4), 269–271. <https://doi.org/10.4067/s0717-73482017000400269>
9. Mendoza F., A. (2018). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 63(4), 555–564. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v63i2029>
10. Ventura. *SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica - SEOM: Sociedad Espa*. Seom.org. <https://seom.org/>
11. Bascuñán, M. L., Roizblatt, A., & Roizblatt, D. (2017). Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio. *Revista de medicina de la Universidad de Navarra*, 28–31. <https://doi.org/10.15581/021.9132>
12. Bascuñán R., M. L. (2013). Comunicación de “malas noticias” en salud. *Revista médica Clínica Las Condes*, 24(4), 685–693. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(13\)70208-6](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(13)70208-6)
13. Amigo, J. P. (2023, febrero 16). Comunicar malas noticias en salud: 6 etapas del protocolo de Buckman. Canal Biosanitario. <https://www.inesem.es/revistadigital/biosanitario/malas-noticias-salud/>
14. Canovas, E. M. (2019, enero 22). Las 5 fases (o etapas) del duelo: la teoría de Kübler-Ross. Centro Psicología Integral MC. <https://centrodepsicologiaintegral.com/las-5-fases-o-etapas-del-duelo-la-teoria-de-kubler-ross/>

15. Paus, C. (2014, abril 13). El estado de ánimo en situaciones de crisis: “moverse es vivir” — CRISTÓBAL PAUS. CRISTÓBAL PAUS. <http://cristobalpaus.com/blog-la-curva-de-paus/indexphp/el-estado-de-nimo-en-situaciones-de-crisis-moverse-es-vivir>
16. José, J., & Salvador, R. (s/f). LA COMUNICACIÓN DE LAS MALAS NOTICIAS. Paliativossinfronteras.org.https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/02-LA-COMUNICACION-DE-LAS-MALAS-NOTICIAS-Rodriguez-Salvador_1.pdf
17. Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
18. BOE-A-2015-10200 Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales. (s/f). Boe.es. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-10200
19. Maguire, P., & Faulkner, A. (1988). Communicate with cancer patients: 2. Handling uncertainty, collusion, and denial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 297(6654), 972–974. <https://doi.org/10.1136/bmj.297.6654.972>
20. Sobrino López, A. (2008). Comunicación de malas noticias. *Seminarios de la Fundacion Espanola de Reumatologia*, 9(2), 111–122. [https://doi.org/10.1016/s1577-3566\(08\)74928-5](https://doi.org/10.1016/s1577-3566(08)74928-5)

7. ANEXO

7.1 Cuestionario

Introduzca texto e imágenes como Anexo (en este apartado se podrá añadir toda información complementaria o que no haya sido posible incorporar en los apartados anteriores, y que sea relevante para el desarrollo del proyecto de investigación).

A CONTINUACIÓN SE ADJUNTA LA ENCUESTA QUE SERÁ REALIZADA A LOS PACIENTES:

En el momento de recibir la noticia:

1. ¿Consideras que el lugar y el ambiente eran los adecuados?

Sí

No

Comentario de expresión personal:

2. ¿Sintió que el tiempo dedicado a usted fue el suficiente?

Sí

No

Comentario de expresión personal:

3. ¿Los médicos le preguntaron cómo se sentía en ese momento?

Sí

No

Comentario de expresión personal:

4. ¿Le preguntaron si deseaba estar acompañado de algún familiar o prefería recibir la noticia solo?

Sí

No

Comentario de expresión personal:

5. ¿La información fue expuesta de manera clara y con expresiones fáciles de entender?

Sí

No

Comentario de expresión personal:

6. Una vez recibida la noticia, ¿Se le preguntó cuánta información deseaba recibir?

Sí

No

Comentario de expresión personal:

7. ¿Se le ofrece la posibilidad de realizar preguntas?

Sí

No

Comentario de expresión personal:

8. ¿El médico responde a las dudas que surgen con amabilidad?

Sí

No

Comentario de expresión personal:

9. ¿Se le ofreció la posibilidad de contactar con el médico en caso de aparición de nuevas dudas?

Sí

No

Comentario de expresión personal:

10. ¿Los médicos le dieron información respecto la evolución de la enfermedad y el tratamiento?

Sí

No

Comentario de expresión personal:

11. ¿Sintió confianza por parte del profesional?

Sí

No

Comentario de expresión personal:

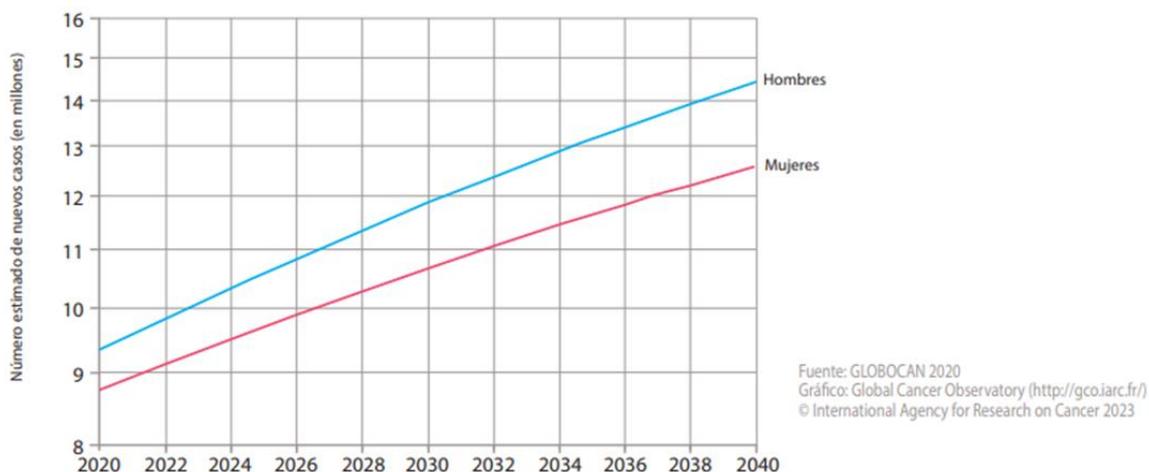
12. ¿Qué efectos le ha producido la realización de la encuesta?

a) Me ha ayudado, me parece positivo poder expresar las emociones que sentí.

b) No me ha beneficiado, no me gusta volver a revivir la experiencia.

Comentario de expresión personal:

7.2 Incidencia estimada de cánceres en la población mundial por sexo entre los años 2020-2040¹⁰

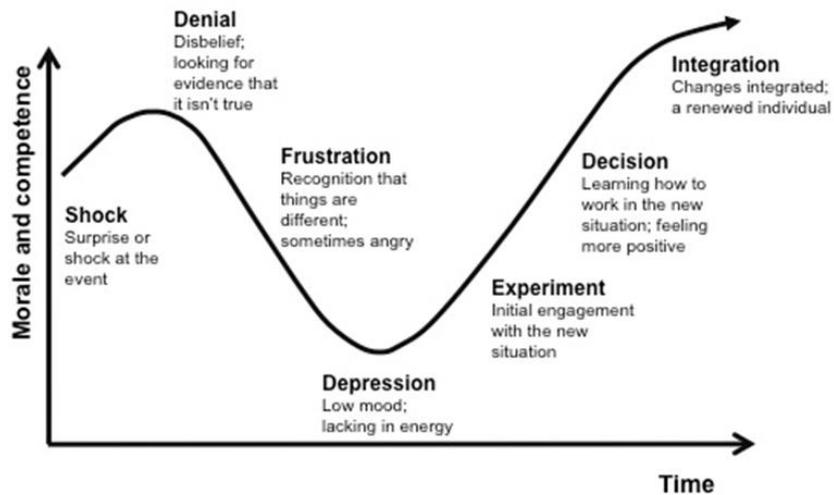


7.3 Prevalencia de los distintos tipos de cáncer a nivel mundial¹⁰

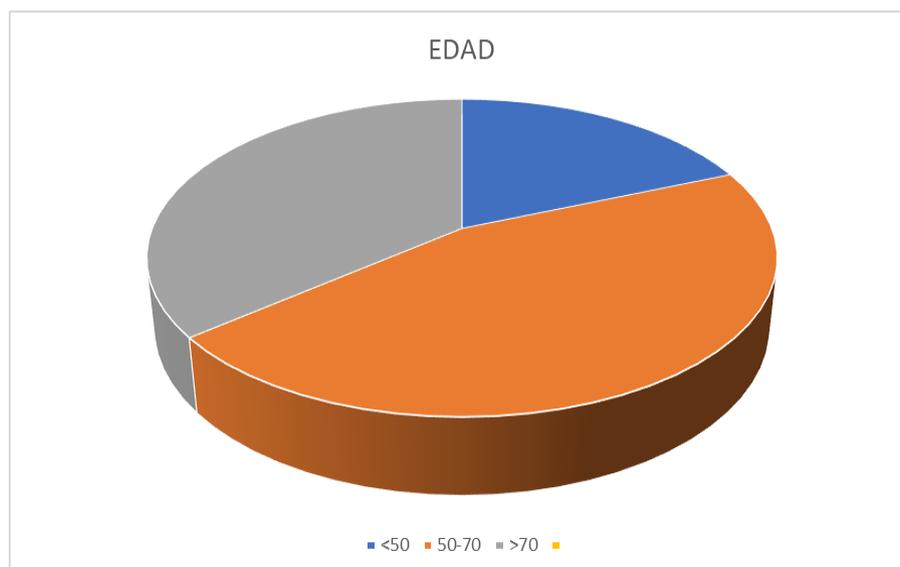


7.4 Modelo de Kübler-Ross¹⁵

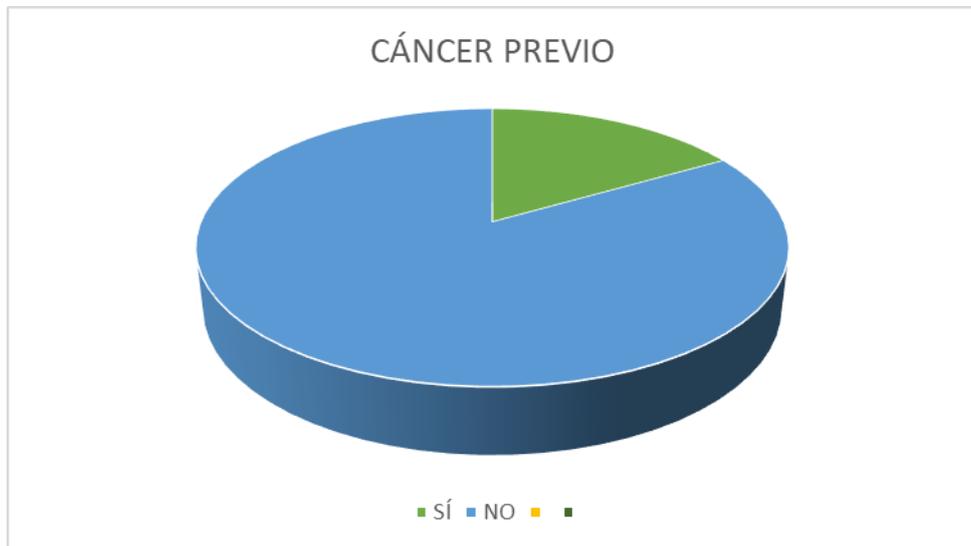
The Kübler-Ross change curve



7.5 Muestra dividida en rango de edad



7.6 Pacientes con cáncer previo vs paciente sin cáncer previo



LA COMUNICACIÓN DE LAS MALAS NOTICIAS



Autoras: Begoña Crespo Gómez, Natalia López García
Alumnas de 6º de Medicina de la Facultad de Medicina de Valladolid

Tutora: Dra. Elvira Callejo Giménez
Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología
Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria



Universidad de Valladolid

INTRODUCCIÓN

La comunicación de las malas noticias supone un reto en la práctica clínica de muchos profesionales. A lo largo del tiempo, se han ido desarrollando múltiples protocolos y guías; pero, a pesar de toda esta información, ¿se lleva a cabo de forma correcta en la práctica diaria?

MATERIAL Y MÉTODOS

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

Para ello, se realizó un cuestionario con 12 preguntas tipo test de respuesta dicotómica, así como un apartado de comentario libre. Este fue entregado a pacientes mayores de 14 años diagnosticados de cáncer, con el fin de valorar los aspectos más relevantes a la hora de comunicar malas noticias.

Las variables a estudio fueron:

- Epidemiológicas: edad.
- Médicas: cáncer previo (sí/no).
- Cualitativas ordinales: grado de satisfacción de la encuesta.

OBJETIVOS

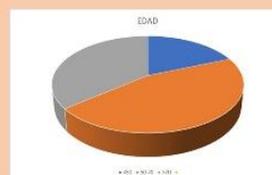
- Objetivos principales: Conocer cómo vivió el paciente la comunicación de la mala noticia, y qué aspectos considera que se podrían mejorar.
- Objetivos secundarios:
 - o Valorar si la percepción del paciente sobre la comunicación en el momento del diagnóstico condiciona la actitud frente al proceso de su enfermedad.
 - o Buscar estrategias de mejora en el profesional sanitario relacionadas con habilidades para dar malas noticias y ayudar al paciente oncológico.
 - o Evaluar si el paciente considera beneficioso hablar de la vivencia del momento del diagnóstico.

RESULTADOS

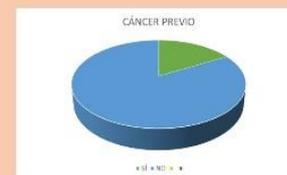


A la vista de los resultados, los pacientes se sienten, por lo general, satisfechos con la forma en que su diagnóstico les fue comunicado. En la mayoría de aspectos estudiados los resultados han sido favorables. Sin embargo, también hemos podido identificar dos cuestiones con mucho margen de mejora, y en las que poder hacer especial hincapié en los programas de formación a profesional sanitario. Estas fueron: si se les ofreció acompañamiento familiar mientras recibían la noticia y si evaluaron la medida en que el paciente deseaba saber de su enfermedad.

ASOCIACIONES VARIABLES-RESPUESTAS



La edad del sujeto parece influir en el modo de percibir la información como clara y concisa, así como en la resolución de dudas. A medida que aumenta la edad, la información parece más confusa y encuentran mayor dificultad para aclarar sus inquietudes.



Existe una diferencia significativa en cuanto a la confianza depositada en el médico dependiendo de si han padecido cáncer previamente o no. La relación médico-paciente en aquellos con cáncer previo parece tener un refuerzo positivo a la hora de enfrentarse de nuevo a esta situación.

CONCLUSIÓN

Con los resultados obtenidos se podrían proponer las siguientes actividades para la mejora de los profesionales sanitarios:

- Talleres de formación sobre cómo actuar en el momento de dar una mala noticia, realizando actividades de tipo role-playing.
- Ofrecer charlas sobre la importancia de seguir unos protocolos para guiarnos a la hora de dar una mala noticia y crear concienciación sobre el impacto positivo que puede experimentar el paciente.
- Valorar la posibilidad de que los profesionales sanitarios puedan realizar la encuesta en consulta, y así poder identificar qué carencias de comunicación deberían reforzar.

AGRADECIMIENTOS

Especial agradecimiento a Lucía Méndez de Haro por iniciar este proyecto y confiar en nosotras para poder acabarlo, y a Elvira Callejo Giménez por su atención y ayuda concedidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buckman R. Communications and emotions. Skills and effort are key. *BMJ*. 2002;325:672
2. Sobrino López A. Comunicación de malas noticias. *Semin Fund Esp Reumatol* 2008;9:111- 22
3. Lorda de los Ríos I. La comunicación de malas noticias. *Bol oncol*. 2018
4. Alves de Lima A.E. ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento?. *Rev Argent Cardiol.*