

Enseñar a ¿Dar malas noticias? a estudiantes: las dos caras del proceso.

Manuel Campiñez y Marina Pérez Guillaumes.

Tutor de Medicina de Familia y estudiante de medicina (Barcelona)

Resumen: Este artículo integra el proceso de enseñanza/aprendizaje de una habilidad clínica clave como es el ¿dar malas noticias?. El docente (médico de familia y tutor) aporta no solo la ¿ficha? de la actividad si no sus propias reflexiones sobre su implementación y la alumna (estudiante de medicina) ofrece su revisión del tema así como el impacto que la actividad ha tenido en ella.

Teaching "breaking bad news" to medical students: both sides of the process.

Summary: This article integrates the teaching / learning process of a key clinical skill such as "breaking bad news". The teacher (family physician and tutor) provides not only the "record" of the activity but also his own reflections on its implementation and the student (a medical student) reviewing the subject she also offers some reflections about the activity.



Perspectiva del docente

Desde hace algunos años pudimos incorporar en la asignatura del Practicum 3 del Grado de Medicina un seminario de 2 horas dedicado a ¿cómo dar malas noticias en medicina?. Inicialmente expondremos brevemente los objetivos y la metodología docente que hemos utilizado y después se harán algunas reflexiones desde la perspectiva docente.

Los objetivos docentes del seminario:

- Reflexionar sobre la necesidad de dar malas noticias en la práctica clínica.
- Observar diversos estilos comunicacionales para dar malas noticias.
- Describir y ensayar el modelo de Buckman (1).
- Reflexionar sobre la influencia en el paciente y sus familiares.

Para ello trabajamos con una metodología docente basada en el trabajo en grupo con el siguiente cronograma:

- Introducción. 10'
- Análisis de vídeos. 35'
- Comentarios y resumen teórico. 20'
- Trabajo en grupos con role play. 40'
- Conclusiones finales. 15'

Disponemos de un material audiovisual que generamos al empezar los seminarios en el que escenificamos un modelo ¿evitativo?, otro ¿confrontativo? y otro ¿centrado en el paciente?. En el primer vídeo el profesional tiene que gestionar un resultado que apunta a cáncer de pulmón de forma inesperada, en el segundo el profesional confirma un diagnóstico de sospecha de neoplasia de colon a una paciente en una entrevista familiar y explica los procesos a seguir, y en el tercero el profesional acompaña al paciente en la etapa

final de su neoplasia de páncreas avanzada.

Los seminarios, sin embargo, no son obligatorios ni necesarios para aprobar la asignatura.

Comentarios reflexivos:

Valoro la experiencia como docente con una cierta ambivalencia. Por un lado es un placer para mí poder colaborar en ofrecer a los estudiantes algo que creo tan absolutamente necesario y que yo no tuve cuando estudiaba, como es una pequeña introducción a la necesidad de dar malas noticias en medicina y saber cómo hacerlo, e incluso practicarlo de forma sucinta. Por otro, el tiempo de que disponemos es del todo insuficiente. En otro orden de cosas, y esto es claramente una opinión personal, creo que este tipo de habilidades se deberían de poder evaluar con un modelo tipo ECOE y con carácter eliminatorio, por el bien de nuestros pacientes. Habida cuenta de lo anterior, trato de implicar a los alumnos a que participen al máximo, fomentar la reflexión y dar un espacio para que puedan exponer sus dudas o sus reticencias. También les animo a buscar estrategias para que continúen su formación y experiencia en dar malas noticias a lo largo del Grado de Medicina, desde una perspectiva más observacional, y cuando lo puedan aplicar en la práctica clínica. En este sentido creo necesario que en algún momento se plantee en el grupo lo siguiente:

La responsabilidad sobre cómo se ofrece la información recae siempre sobre el profesional y es ineludible. No se puede "no hacer", o "hacerlo mal". Si hay que buscar ayuda, se busca. Si se tiene uno que formar, se forma.

La falta de habilidades comunicativas puede conducir y conduce a un efecto Nocebo, que es situaciones especialmente sensibles como en el caso de dar malas noticias puede tener consecuencias graves. El debate ético sobre la no maleficencia en nuestras intervenciones como profesionales sanitarios debe de estar siempre presente en nuestros actos médicos, y si es necesario ampliarlo a compañeros que nos puedan ayudar a resolverlo.

Los pacientes preguntan poco y mal. Seguramente porque tendemos a trazar barreras comunicacionales entre nosotros y ellos. Es necesaria una actitud proactiva en el ofrecimiento de la información si queremos saber cuánto quiere saber el paciente en todo momento.

Por lo anterior, sin una información de calidad el paciente no puede tomar decisiones sobre su salud. De nuevo atendiendo a la ética, no ofrecer una información adecuada conduce a no respetar el principio de autonomía.

En consecuencia, la falta de autonomía conlleva una falta de implicación del paciente en la toma de decisiones sobre su salud, y esta es la situación menos deseable de todas (siempre y cuando no sea por voluntad propia del paciente).

Atender a un paciente que se enfrenta a una enfermedad grave es un reto profesional alto que se debe de llevar a cabo persiguiendo siempre la excelencia. No obstante, la satisfacción profesional, pero también personal, de ser testigos de excepción de situaciones humanas de tal calibre es enorme. Estarán ustedes de acuerdo en que uno de los momentos más bonitos de nuestra profesión.

Perspectiva del discente

Durante mi último año de carrera, me he dedicado a realizar el trabajo de fin de grado. Elegí un tema relacionado con la medicina de familia y comunitaria porque es una especialidad que me interesa y me gusta de cara a mi futuro laboral. Hice varias revisiones sobre posibilidades temáticas, y en un momento dado recordé un seminario que hice en Practicum 3 sobre dar malas noticias. Hablé con varios profesionales y con mi tutor y nos pareció una buena idea.

Reflexionando, me di cuenta que en general no sabía cómo afrontar una situación de dar una mala noticia para el paciente. Es verdad que he asistido a la comunicación de diferentes malas noticias durante el rotatorio y mis prácticas, pero quería averiguar la mejor manera de hacerlo pensando sobre todo en el paciente, pero también en mí, como futura profesional. Rebuscando información sobre el tema escogido en diferentes páginas web, revistas y libros, me di cuenta de que muchas de las cosas que leía no habían aparecido en el trayecto de mi formación como médico. Me pareció que era una habilidad que tenía que trabajar de cara a mi futuro laboral, por eso decidí centrarme en dar malas noticias, y concretamente en la formación en estos temas.

Una mala noticia es cualquier información que transmite el profesional al paciente y que le produce un cambio en su vida, truncando sus expectativas de vida o produciendo un condicionamiento negativo de cara a su nueva situación. Esta definición incluye tanto procesos banales como graves desde el punto de vista médico, y por el componente subjetivo puede incluir desde un herpes labial al diagnóstico de un cáncer terminal²⁻⁶

Además, recibir una mala noticia puede conllevar que el paciente tenga que pasar por un proceso de duelo, por una pérdida. Esto se debe a que en muchas ocasiones la mala noticia supone una pérdida de la autoestima, calidad de vida, etc.⁷ El duelo puede hacer

pasar al paciente por diferentes fases, las 5 más comunes son: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (aún así no siempre se cumplen todas ni en este orden).

Así pues, como suele suponer un cambio en el paciente, es importante saber qué necesitan estos. Cabe decir, que es difícil extrapolar ideas generales ya que cada persona es diferente, pero aún así un 95% de los pacientes quieren saber la verdad de su estado de salud^{8,9} y la gran mayoría de estos necesitan sentirse acompañados durante el proceso de recibir una mala noticia tanto por sus familiares como por el propio profesional comunicador¹⁰. Todo esto evidentemente teniendo en cuenta los 4 principios éticos descritos por Childress y Beauchamp¹¹.

Como he dicho antes, el proceso de dar malas noticias integra a dos actores principales que son el profesional y el paciente. Es un proceso difícil, por lo que también es importante pensar las necesidades que tienen los profesionales al encontrarse en este proceso. Los profesionales necesitan sentirse seguros tanto de la información que tienen a nivel clínico como de sus habilidades comunicativas. Y según estudios como el de Ronald M. Epstein y Ellen Peters del 2009¹², el profesional necesita reconocer al paciente como una persona (familia, hábitos, etc.), no sólo como un conjunto de síntomas. Además los profesionales deben entender que son parte del proceso que el paciente debe asimilar¹³. A pesar de la existencia de guías de práctica clínica y de recomendaciones sobre las estrategias más adecuada, el debate ético en cada caso particular debe de estar presente y es necesario individualizar el acto de informar.

Consulté diferentes protocolos como el ABCDE^{14,15}, los 6 pasos de Buckman¹⁶, y el SPIKES^{9,17,18,19}. A continuación presentaré el protocolo SPIKES, que es el más importante con ideas adheridas de los otros dos protocolos mencionados.

El protocolo SPIKES representa un acrónimo con los pasos a seguir para dar una mala noticia, que por orden son los siguientes:

? PASO 1: Configuración de la entrevista (S- Setting up the Interview)

El ensayo mental es una manera útil de prepararse para las tareas estresantes. Para las entrevistas, hay que tener en cuenta la privacidad que la situación requiere, involucrar a personas importantes para el paciente, sentarse, crear un vínculo con el paciente, gestionar las restricciones de tiempo y las interrupciones, familiarizarse con la información clínica y prepararse emocionalmente. También es importante al iniciar el contacto con el paciente, presentarse a todos los presentes.

? PASO 2: Evaluación de la percepción del paciente (P- Assessing the patient s Perception)

Los pasos 2 y 3 son puntos de la entrevista donde se implementa el axioma "antes de decir, pregunta". Además también hay que determinar si el paciente presenta cualquier variación de la negación de la enfermedad, o fase de duelo: el deseo, la omisión de los detalles médicos esenciales pero desfavorables de la enfermedad, o expectativas poco realistas de tratamiento.

? PASO 3: Obtención de la invitación del paciente (I- Obtaining the patients Invitation)

Mientras que la mayoría (95%) de los pacientes expresan el deseo de obtener información completa sobre su diagnóstico, pronóstico y detalles de su enfermedad, un 5% no lo quieren y es importante determinar si el paciente que se tiene delante quiere saber o no y hasta qué punto. El hecho de rechazar la información es un mecanismo válido de supervivencia psicológica y puede ser más probable cuando la enfermedad se vuelve más severa.

? PASO 4: Dar conocimiento e información al paciente (K- Giving knowledge and information to the patient)

Hablar con franqueza, pero con compasión. Evitando eufemismos y tecnicismos, puede facilitar el proceso de información. Es necesario que el paciente entienda que está pasando, y dar la información en pequeñas dosis evitando la información demasiado directa. Hay que permitir el silencio y las lágrimas, e ir al ritmo del paciente. Si el paciente no ha entendido lo que se le ha explicado, es útil utilizar dibujos o diagramas, así como la repetición de la información clave.

? PASO 5: Entender la dirección de las emociones del paciente y realizar respuestas empáticas (E- Addressing the patients emotions with empathic responses)

Las reacciones emocionales de los pacientes pueden variar desde el silencio hasta la incredulidad, llanto, negación o ira (fases del duelo). Cuando los pacientes reciben malas noticias su reacción emocional es a menudo una expresión de choque, aislamiento y dolor. En esta situación, el médico puede ofrecer apoyo y solidaridad al paciente teniendo una respuesta empática que consiste en cuatro pasos: 1- Observar cualquier emoción por parte del paciente; 2- Nombrar la emoción experimentada, consultando lo que está sintiendo el paciente; 3- Identificar la razón de la emoción; 4- Hacer una declaración de conexión entre la emoción y la razón de la misma.

? PASO 6: Estrategia y resumen (S-Strategy and summary)

Los pacientes que tienen un plan claro para el futuro son menos propensos a sentirse ansiosos e inseguros. Antes de discutir un plan de tratamiento, es importante preguntar a los pacientes si están preparados en ese momento para tal discusión. La presentación de opciones de tratamiento a los pacientes cuando están disponibles no sólo es un mandato legal en algunos casos, sino que establecerá que el médico considera que sus deseos son importantes. Compartir la toma de decisiones puede reducir cualquier sensación de fracaso por parte del médico cuando el tratamiento no tiene éxito.

La forma de dar una mala noticia es muy importante ya que afecta al paciente, por cómo afronta su nueva situación²⁰⁻²², y al profesional, ya que una mala comunicación de ésta puede poner en peligro la relación médico-paciente.⁶

Dar malas noticias aún hoy es un motivo de preocupación para médicos, educadores y estudiantes. En esta revisión he podido observar que en pocos años se ha avanzado mucho en formación en esta materia. Conferencias, simulaciones con pacientes actores (en grupos pequeños o individualmente), o la formación durante las prácticas o la residencia, son algunos de los métodos analizados.

Cabe decir, que las simulaciones son el método que mejores resultados ha dado, por ahora. Los resultados y un gran número de profesionales, indican que una confluencia de todos en un solo método sería el ideal pedagógico. Por último, y resumiendo, en la siguiente tabla se engloban las diferentes estrategias pedagógicas y se evalúan las ventajas y desventajas de las diferentes opciones de enseñanza de habilidades para dar malas noticias.²³

Estrategia

Ventajas

Inconvenientes

Conferencias, el método más utilizado.

Presenta conceptos básicos a un gran número de estudiantes de manera eficiente.

Tiempos y recursos mínimos de la facultad.

Los estudiantes son anónimos.

Oportunidad para el uso eficiente de la demostración de habilidades y la utilización de paneles de altavoces se puede hacer de manera eficiente.

Poca oportunidad para la discusión.

No hay oportunidad para la práctica y el *feedback*.

Pequeños grupos de discusión.

Oportunidad para discutir temas, habilidades y preocupaciones, donde el grupo identifica los errores cometidos.

No hay oportunidad para la práctica y la retroalimentación.
Supone tiempo de la Facultad.

Grupo pequeño, juego de rol de iguales.

Oportunidad para discutir temas, habilidades y preocupaciones.
Práctica de habilidades con retroalimentación.
Ofrece un enfoque de la perspectiva del paciente.

Capacidad variable de los estudiantes para representar a los pacientes.
Tiempo de la Facultad.

Juegos de rol con pacientes estandarizados en grupos pequeños.

Múltiples escenarios muestran el rango de enfoques y respuestas de los pacientes.
Habilidades prácticas con el *feedback* de profesores, compañeros y pacientes estandarizados.
Más realista que el juego de rol entre iguales.

Pérdida de rendimiento.
Pacientes estandarizados y tiempo intensivo.
Menos realista.

Encuentro uno-a-uno con el paciente estandarizado.

Habilidades prácticas con la retroalimentación de pacientes estandarizados.
Más realistas que los encuentros grupales.

No hay discusión de grupo.
No hay exposición a diferentes enfoques y respuestas de los pacientes.
Profesores o pacientes estandarizados intensivos.

Momentos de enseñanza en situaciones clínicas.

Contexto actual de la atención al paciente.
Observación, demostración y retroalimentación.

Limitaciones clínicas de tiempo.
Privacidad del paciente.

Para concluir este artículo, me gustaría hacer hincapié en que hay que seguir trabajando para que las malas noticias y el aprendizaje de cómo comunicarlas, se incluyan en el plan de estudios del Grado en Medicina, con mucho más peso del que tiene actualmente. Es necesario que los futuros profesionales aprendan estrategias tan importantes para su práctica profesional como son la empatía, el dominio del lenguaje no verbal y el enfrentamiento de las malas noticias, entre otros, así como dar herramientas necesarias para formar a formadores.

La experiencia como integrante de la comunidad sanitaria, me hace sentir privilegiada de poder asociarme al paciente en sus procesos de enfermedad, y de poder ser una "compañera de viaje". El formar parte de la vida del paciente conlleva una gran

responsabilidad así, es fundamental para mi, y un reto, mejorar día a día mis habilidades comunicativas y clínicas, para poder proporcionar la mejor atención y seguimiento a mis pacientes. Me gustaría transmitir entusiasmo y sensación de posibilidad al resto de profesionales sanitarios.

Bibliografía.

- ? **Buckman R.** How to break bad news: a guide for health care professionals. Baltimore: John Hopkins University Press, 1992.
- ? **Sonia Dosanjh, Judy Barnes & Mohit Bhandari.** Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med Ed* 2001; 35:197±205.
- ? **Mathew Gabriel Bain, Cheah Whye Lian, Chang Ching Thon.** Breaking bad news of cancer diagnosis ? Perception of the cancer patients in a rural community in Malaysia. *South Asian J Cancer*, April-June, 2014; 3:116-21.
- ? **Lea Ungar, Mordechai Alperin, Gilad E. Amiel, Zvi Baharier, Shmuel Reis.** Breaking bad news: structured training for family medicine residents. *Patient Educ Couns* 48 (2002) 63-68.
- ? **Nina Mishelovich, Anne Arber & Anki Odelius.** Breaking significant news: The experience of clinical nurse specialists in cancer and palliative care. *European Journal of Oncology Nursing* 21 (2016) 153e159.
- ? **Kimberley R. Monden, Lonnie Gentry, & Thomas R. Cox.** Delivering bad news to patients. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2016;29(1):101?102.
- ? **Holly B. Herberman Mash, Ph.D, Carol S. Fullerton, Ph.D, M. Katherine Shear, M.D, and Robert J. Ursano, M.D.** Complicated Grief & Depression in Young Adults: Personality & Relationship Quality. *J Nerv Ment Dis.* 2014 July; 202(7): 539?543.
- ? **Mohammad Arbabi, MD, Ava Rozdar, MD, Mohammad Taher, MD, Maryam Shirzad, MD, Mohsen Arjmand, MD, Sahar Ansari, MD & Mohammad Reza Mohammadi, MD.** Patients' Preference to Hear Cancer Diagnosis. *Iran J Psychiatry* 2013; 9:1: 8-13.
- ? **Robert A. Buckman, MD, PhD.** Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. *Commun Oncol* 2005;2:138?142
- ? **Walter F. Baile, Robert Buckman, Renato Lenzi, Gary Glober, Estela A. Beale, Andrzej P. Kudelka.** SPIKES?A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist* 2000;5: 302-311.
- ? **T. L. Beauchamp, J. F. Childress.** Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press. 5ª edició. Masson. Barcelona 1999.
- ? **Ronald M. Epstein & Ellen Peters.** Beyond Information: Exploring Patients' Preferences. *JAMA.* 2009; 302(2):195-197.
- ? **Glenys Caswell, Kristian Pollock, Rowan Harwood and Davina Porock.** Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC Palliative Care* (2015) 14:35.
- ? **Gregg K. Vandekieft, M.D.** Breaking Bad News. *Am Fam Physician.* 2001 Dec 15;64(12):1975-8.
- ? **Rabow MW, McPhee SJ.** Beyond breaking bad news: how to help patients that suffer. *West J Med.* 1999 Oct; 171(4): 260?263.
- ? **Dr. Robert Buckman & Yvonne Kason.** How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals. 1st Edition. Baltimore, MD, United States: Johns Hopkins University Press; 1992.
- ? **Antonia Dean and Susan Willis.** The use of protocol in breaking bad news: evidence and ethos. *Int J Palliat Nurs.* 2016 Jun;22(6):265-71.
- ? **C. Seifart, M. Hofmann, T. Bär, J. Riera Knorrenschild, U. Seifart & W. Rief.** Breaking bad news?what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Ann Oncol.* 2014 Mar; 25(3): 707?711.
- ? **Walter F. Baile, Robert Buckman, Renato Lenzi, Gary Glober, Estela A. Beale, Andrzej P. Kudelka.** SPIKES?A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist* 2000;5: 302-311.
- ? **Vicki Xafis, Andrew Watkinsb & Dominic Wilkinsonc.** Death talk: Basic linguistic rules and communication in perinatal and paediatric end-of-life discussions. *Patient Educ Couns.* 2016 Apr;99(4):555-61.
- ? **Joanna Prentice, Annmarie Nelson, Jessica Baillie, Hannah Osborn and Simon Noble.** ?Don't blame the middle man': an exploratory qualitative study to explore the experiences of translators breaking bad news. *Journal of the Royal Society of Medicine;* 2014, Vol. 107(7): 271?276.
- ? **Andrea Herrera, Matías Ríosa, José Manuel Manríquezb, Gonzalo Rojas.** Entrega de malas noticias en la práctica clínica *Rev Med Chile* 2014; 142: 1306-1315.
- ? **Marcy E. Rosenbaum, PhD, Kristi J. Ferguson, PhD, and Jeffrey G. Lobas, MD.** Teaching Medical Students and Residents

Skills for Delivering Bad News: A Review of Strategies. Academic Medicine: February 2004; 79 (2):107-117