

# ¿Cómo dar malas noticias?

## Apuntes, reflexiones y sugerencia de un protocolo

Dr. Carlos A. Zertuche Zuani<sup>1</sup>  
• Dra. Sandra A. Cárdenas Rolston<sup>2</sup>

Deseo dedicar el presente artículo a los doctores Juan Homar Paez Garza y Francisco X. Treviño Garza, y al ingeniero Ernesto Dieck Assad, quienes reconocen la importancia de la comunicación en las relaciones humanas.

*“Con referencia a las enfermedades. Hay que acostumbrarnos a dos cosas: ayudar, o cuando menos, no hacer daño.” Corpus Hipocraticum.*

*“Nunca prives a otros de la esperanza; puede ser lo único que tengan.” H.J. Brown.*

*“Tanto las expectativas del médico, como del paciente, deben de admitir la realidad de que algunas personas curan, y otras mueren a pesar de todo los esfuerzos realizados.” Corpus Hipocraticum.*

*“Pensar, escoger las palabras y después disponerlas en el orden adecuado. Sobre lo que no se puede hablar, hay que callar. Sobre todo, saber decir.” Ludwig Wittgenstein.*

### Introducción

Durante mi práctica profesional he tenido que enfrentar en múltiples ocasiones la situación de dar una “mala noticia”. Afortunadamente, en mi actividad (pediatría general) los problemas que manejo pocas veces ponen en riesgo la vida o la salud integral del paciente, ya que en gran parte corresponden a aspectos que entran dentro de la supervisión general de salud de un ser humano en constante cambio. Nuestro papel es ayudar a mantener ese fino, complejo y extraordinario equilibrio biológico, psicológico y social, para que el niño logre llegar a la madurez, con todo el potencial individual que la naturaleza le ha dado.

Si bien el dar una mala noticia puede variar ampliamente según la especialidad médica, pude percatarme, desde mis primeros años de formación, que éste era un punto no contemplado formalmente en los programas de entrenamiento de la especialidad. Aprendíamos viendo a nuestros maestros, quienes, en el mejor de los casos, habían aprendido igual, siguiendo el método de prueba y error: “Decían todo lo incorrecto hasta que encontraban la forma adecuada”. Debo de reconocer, por otro lado, como todo en la vida, que he conocido gente que tiene ese don, ese toque mágico, esa habilidad de comunicar con prudencia, inteligencia y humanidad una mala noticia. Pero en honor a la verdad, lo que la mayoría de las veces he observado es un manejo inadecuado de estas situaciones.

En los últimos años, he ido tomando algunos apuntes sobre el tema y he reflexionado sobre el mismo. Me atrevo a compartirlos, porque creo que se debe enfatizar y facilitar al médico en formación el conocimiento y la adquisición de las herramientas-habilidades de comunicación necesarias para manejar con éxito la complejidad del proceso de dar “una mala noticia”. Mi punto es simple: independientemente de las habilidades personales, debemos adiestrar a los futuros médicos sobre el lenguaje de las malas noticias.

### El currículum oculto

Dentro de los esquemas actuales de educación médica basados en la adquisición de competencias médicas existen tres áreas fundamentales: conocimientos, habilidades y actitudes-valores. Competencias que al lograrse, en teoría, hacen que el producto defina los procesos, en otras palabras, en donde el ¿qué quiero? define el “cómo lograrlo” y a las cuales podríamos llamar “currículum abierto”; existen en contraparte una serie de competencias poco o mal definidas y pobremente reconocidas que podríamos llamarles “currículum oculto”. Permítanme tratar de explicar y

<sup>1</sup> Profesor de Pediatría de la Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey.

<sup>2</sup> Miembro Activo del Cuerpo Médico del Hospital San José Tec de Monterrey.

ampliar un poco el tema. Frecuentemente me hago esta pregunta: ¿Si las universidades tienen como objetivo fundamental garantizar cierto nivel educativo (conocimientos-habilidades-actitudes), por qué es tan variable la formación integral y desarrollo profesional de cada médico? Mi respuesta: porque una cosa es adquirir cierto nivel educativo (ciencia) y otra, aplicarlo correctamente (práctica profesional) bajo principios formales de ética y profesionalismo. Entonces, creo que las universidades deben garantizar no sólo la formación de profesionistas capaces académicamente, sino también éticos, humanistas y comprometidos con la sociedad. No sólo se trata de aprender medicina, sino aprender a ser médico en toda la extensión de la palabra (ver Cuadro 1).

Durante el desarrollo de mi actividad profesional he observado en personas destacadas ciertas virtudes a las cuales he denominado "cualidades personales facilitadoras" (CPF). A estas cualidades me refiero cuando hablo del currículum oculto, creo sinceramente, que debemos fomentarlas, y sin caer en la obsesión de querer medir todo, cuando menos reconocerlas, identificarlas y registrarlas como parte no superficial ni oculta del currículum, sino como parte medular del mismo. Estas son algunas de ellas: honestidad, orden, justicia, lealtad, respeto, tolerancia, responsabilidad, puntualidad, prudencia, confidencialidad, disciplina, autocrítica, pulcritud, imagen, cortesía, cultura general, solidaridad, motivación-entusiasmo,

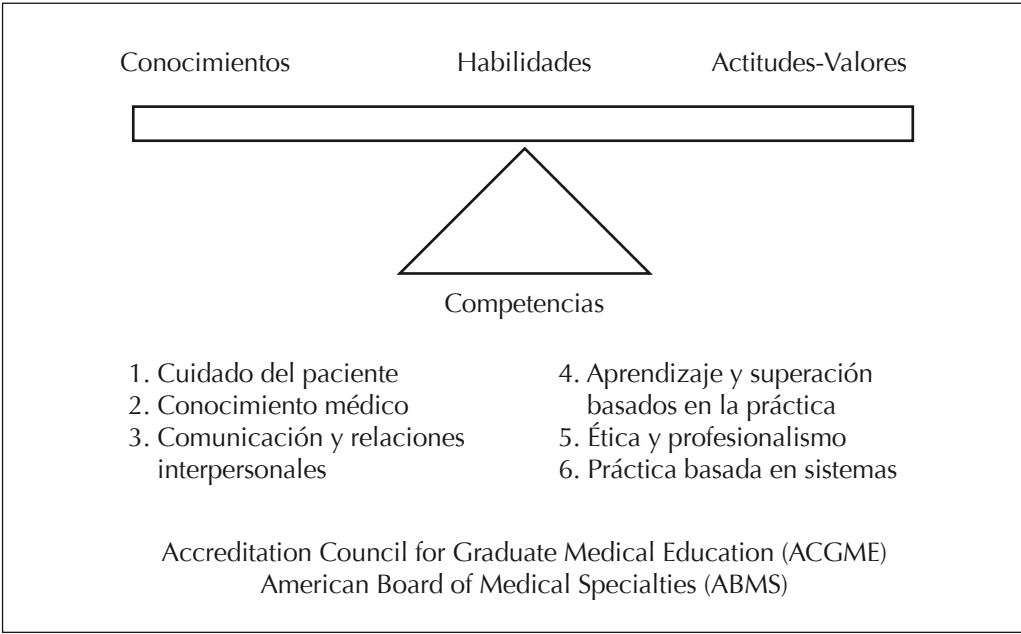
**Currículum oculto**  
**Cualidades personales facilitadoras**  
**Características**

1. Difíciles de mediar-evaluar
2. Frecuentemente subestimadas
3. Competencias relacionadas con:
  - Comunicación y relaciones interpersonales
  - Ética y profesionalismo
4. Se manifiestan durante el desempeño-actuar del médico
5. Se sustentan en la relación médico-paciente

creatividad-innovación, introspección, persistencia, trabajo en equipo, autoaprendizaje, manejo del tiempo libre, liderazgo, preocupación por el medio ambiente y habilidades de comunicación (oral-escrita-corporal), sólo por mencionar algunas.

En resumen, estas CPF son competencias que están generalmente incluidas dentro de las áreas relacionadas con comunicación y relaciones interpersonales, y con ética y profesionalismo. Tienen que ver con el desempeño y actuar del médico, comprenden sobre todo aspectos de "actitudes y valores" y se sustentan en la esencia del acto médico: "el contacto humano entre el médico y su paciente".

**Cuadro 1.** Transformación de la educación médica



## La importancia de la comunicación

Ahora bien, como ya he mencionado, al médico lo debe distinguir no sólo su conocimiento, sino también su actuar, y aquí, en este punto, en su acción, es donde cobra relevancia su habilidad para comunicarse en forma efectiva.

La Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey contempla dentro de su modelo educativo, como un punto relevante, el proporcionar al futuro médico las habilidades de comunicación oral, escrita y no verbal que va a necesitar en el trato cotidiano con el paciente, familiares, miembros del equipo de salud y colegas.

Insistir en la importancia de la comunicación, valga la reiteración, es instar en lo importante. La mayor parte de los problemas o situaciones que conducen a errores médicos no son provocados por falta de conocimiento o negligencia sino, simple o llanamente, por omitir procedimientos sencillos en el estudio y tratamiento, y menospreciar la importancia de una eficaz comunicación con el paciente y sus familiares. El Instituto de Medicina de Estados Unidos con sede en Washington, D. C., responsable del sistema de salud en ese país, reportó en 2001 una cifra de escándalo: "aproximadamente 98,000 muertes al año se deben a errores médicos". La pregunta que yo haría: ¿cuántas muertes de éstas corresponden a problemas de comunicación?

### Los 18 segundos

Una mujer entra al consultorio de su médico. El médico la saluda y pregunta ¿Qué es lo que sucede?, ¿cuál es su problema? La mujer inicia la explicación del motivo de su visita. Apenas han transcurrido 18 segundos, y el doctor la interrumpe.

En 1984 el Dr. Howard Beckman, profesor de medicina de la Universidad de Rochester, dirigió un estudio en donde demostraba que en general antes de los 20 segundos (18 segundos para ser exactos) el médico suele interrumpir al paciente en la explicación de su problema, y que a menos del 2% se les permitía concluir la razón de su visita. En la época del estudio, mencionaba el Dr. Beckman, las investigaciones sobre comunicación médica y actitudes que se involucran en la relación médico-paciente eran menospreciadas, y los médicos que se dedicaban a estas investigaciones sobre el comportamiento de las relaciones humanas eran considerados "chiflados".

El tiempo, como suele suceder, ha puesto las cosas en su lugar, en la actualidad se reconoce en forma indiscutible la importancia de la comunicación entre el médico, paciente, familiares y personal de salud. Las investigaciones actuales revelan en forma contundente y objetiva, lo que siempre se había sospechado: una mala o pobre comunicación conduce a diagnósticos incorrectos, a la realización de estudios innecesarios, y al fracaso en el control del paciente y cumplimiento de las indicaciones.

### Antecedentes, mitos y realidades

Mi preocupación sobre el tema de las malas noticias me ha llevado a buscar información. En primer lugar, debo reconocer que afortunadamente las "habilidades de comunicación" son, en la actualidad, aspectos considerados dentro de la formación del futuro médico; sin embargo, en el punto específico de "cómo comunicar una mala noticia" el interés es reciente y generalmente los líderes de estas investigaciones o estudios son los centros oncológicos. (Centro de Investigación de Cáncer Fred Hutchinson en Seattle y del MD Anderson en Texas, Estados Unidos, por mencionar algunos). El tema tiene diferentes denominaciones: "Cómo hablar con tacto: educación médica", "El lenguaje de la compasión", "Dilema médico: las malas noticias", entre otros.

A continuación enumero algunos puntos que pueden ayudarnos a ampliar nuestra visión general sobre el tema y, al mismo tiempo, proporcionarnos un marco de referencia:

- 1.- Todavía entre las décadas de 1950 a 1970, los médicos en general consideraban que dar una mala noticia acerca del diagnóstico era inhumano y perjudicaba al paciente. Sorprendente ¿no lo creen?
- 2.- Muchas veces, la parte más difícil del trabajo de un médico consiste en cómo tratar con tacto al paciente (y familiares) que no mejora y en cómo dar una mala noticia.
- 3.- El avance científico que conlleva un incremento en las expectativas de vida ha incrementado y hace imperativo la necesidad de adquirir habilidades efectivas de comunicación.
- 4.- Independientemente de las habilidades personales, "dones", se debe adiestrar al médico sobre el lenguaje de las malas noticias. Se debe evitar el aprendizaje tradicional en base prueba-error.
- 5.- La Sociedad Americana de Oncología Clínica reportó en una encuesta realizada a más de 700 médicos en 1998, que un 60% da una mala noticia a pacientes de 5-20 veces por mes; y un 14%, más de 20



## Conclusión

Vivimos en una época en que todo cambia, y cambia rápido, producto, sobre todo, de los avances en la tecnología e información. Sin embargo, hay aspectos esenciales en el ser humano que mantienen su vigencia. Hace 25 siglos, un pensador visionario, considerado el padre de la medicina les decía a sus discípulos: "Observen todo, estudien al paciente y no sólo a la enfermedad, evalúen las cosas con honestidad y siempre ayuden a la naturaleza a que cumpla su función" (Método Hipocrático). También concentraba una gran sabiduría sobre el actuar del médico en unas cuantas palabras: "La vida es corta y el arte largo; la oportunidad efímera; experimentar es peligroso y los juicios difíciles" (Aforismo I). Cuánta razón hay en sus palabras y cuánta actualidad en las mismas, sabía que la profesión era exigente, pero no imaginaba lo difícil. Revolotean en mi mente las últimas palabras "los juicios difíciles". ¿Cuántas veces los médicos tendremos que enfrentar con angustia-ansiedad las extraordinarias demandas de nuestra profesión?, no lo sé. Pero lo que sí sé, es que en la espléndida aventura de la vida en la que acompañamos a nuestros pacientes, me ha sido gratificante y a la vez un privilegio el contar con la confianza del paciente y su familia, de participar, servir y compartir, en la medida de mi capacidad y circunstancia, el dolor que envuelve a las malas noticias.

### Lecturas recomendadas:

- 1.- Sectish TC, Zalneratis ED, Carraccio, et al. The State of Pediatrics Residency Training a Period of Transformation of Graduate Medical Education. *Pediatrics*. 2004; 114: 832-841.
- 2.- Rivero OS. La Educación del Médico. *Este País*. 2007; 191: 50-52.
- 3.- Competencias, Elementos y Acciones Observables. Escuela de Medicina Tecnológico de Monterrey. 2005-2006.
- 4.-Nazarian LF. A Look at the Private Practice of the Future. *Pediatrics*. 1995. 812-816.
- 5.- Lewin LS. Adapting Your Pediatric Practice to the Changing Health Care System. *Pediatrics*. 1995. 799-811.
- 6.- Valdez JE, Uscanga VM. Nuevos campos clínicos en la Educación Médica. Análisis comparativo de los Campos Clínicos Hospitalarios y Ambulatorio. *Avances*. 33-37.
- 7.- Bauchner H, Simpson, Chessare. Changing Physician Behaviour. *Arc Dis Child*. 2001; 84: 459-462.
- 8.- Sahler OJ. El Niño y la Muerte. *Pediatrics in Review*. 2001; 22: 32-36.
- 9.- Wessel MA. La Función del Pediatra de Cabecera cuando hay Muerte en la Familia de un Paciente. *Pediatrics in Review*. 2004; 25: 4-6.
- 10.- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES.-A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*. 2000; 5:3302-311.

### Correspondencia:

Dr. Carlos A. Zertuche Zuani  
Email: carlosz54@itesm.mx