



GRADO EN MEDICINA
FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

TRABAJO DE FIN DE GRADO:

LA COMUNICACIÓN DE LAS MALAS NOTICIAS

-PARTE II-

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
7. ANEXOS.....	23

2.4 LA COMUNICACIÓN DE LAS MALAS NOTICIAS

2.4.1 ¿POR QUÉ ES DIFÍCIL COMUNICAR MALAS NOTICIAS?

Comunicar una mala noticia es una tarea muy difícil para cualquier persona, del mismo modo lo es para el personal sanitario que no desea quitarle la esperanza al paciente.¹⁶

Aunque a simple vista no pensemos en cada uno de ellos uno por uno, esta dificultad se encuentra justificada por una serie de factores:

- Factores sociales

En la mayoría de las culturas occidentales, el concepto de la muerte conlleva una connotación negativa, y son minoritarias las culturas en las que esta obtiene un enfoque esperanzador, alegre y de celebración.

- Factores del paciente

La actitud del paciente en estas situaciones ante su afección es ponerse en el peor de los casos, y asumir directamente que esta lo llevará a la muerte. Conocer que así será la interpretación inmediata, crea una presión sobreañadida y dificulta la tarea de la comunicación.

Sin embargo, no todos somos iguales, y, de hecho, este es el punto en el que radica la complicación: es necesaria una individualización, tratar de dilucidar rasgos de la personalidad de cada paciente y adecuar nuestra forma de enfocar la conversación a ellos.

- Factores del médico

Son muchos los miedos que florecen en el pensamiento del facultativo cuando se dispone a dar este tipo de noticias:

Miedo de causar dolor (el papel del médico es “aliviar el dolor”, no provocarlo; por ello, sienten injustificadamente que le han fallado al paciente), *miedo de ser culpado* (una reacción natural del ser humano ante estas situaciones es atacar a la primera persona que se encuentren), *miedo al fracaso terapéutico*, *miedo legal* (en la sociedad se ha instaurado el sentimiento de que todo ser humano tiene derecho a ser curado; y que cualquier fallo, deberá acarrear un castigo penal y civil)* *miedo de decir “no sé”* (estamos en una sociedad en la que nos desvalorizamos si dudamos o no tenemos la certeza sobre algo en lo que “somos

profesionales”), *Miedo de expresar emociones* (esto cobra especial sentido entre los sanitarios: estamos preparados para mantener la calma ante situaciones de tensión; sin embargo, en este punto juega en nuestra contra, ya que nos hace proyectarnos de una forma más fría)

2.4.2 EL PROTOCOLO DE BUCKMAN

Atendiendo a todo lo previamente comentado, y a nuestra experiencia personal en infinidad de ocasiones, podremos concluir en que comunicar malas noticias no es una tarea nada fácil.

La búsqueda de soluciones se hizo necesaria a raíz de problemas tales como: la reacción agresiva del paciente (implicando aspectos físicos, legales y de reputación contra el médico), así como la creciente exigencia de información por parte del enfermo y el fácil acceso a la misma; en muchos casos errónea.

Es un tema que se ha investigado en todo el mundo y ha conllevado la realización de manuales, protocolos y cursos, incluso se han modificado leyes o reglas.

Robert Buckman, en la universidad de Toronto, desarrolló el protocolo más utilizado. Recibe el nombre de “*SPIKES*” y consta de 6 sencillos pasos, que se detallan a continuación

1: Preparación:

Se trata de un paso fundamental. El paciente, inconscientemente, grabará en su memoria cada detalle que englobó al momento que probablemente “cambió su vida”. Por ello, el profesional debe preparar tanto:

-El ambiente: Debemos elegir un lugar que aporte confort, privacidad, tranquilidad; a poder ser, se evitará la presencia de otros pacientes que puedan escuchar la información, habitaciones compartidas, zonas de tránsito, tales como pasillos, y salas de espera repletas.

-La compañía: Asegurarnos de que nuestro paciente se siente arropado, darle la oportunidad de que, junto a él, también nos escuche algún familiar o persona de su confianza.

- La comodidad: Adoptar una postura cómoda, relajada, sentarse e invitar al paciente a que tome asiento, son factores que marcarán la diferencia. Se deben evitar distracciones como pueden ser llamadas, y en el caso de que estas aparezcan, saber reaccionar a ellas, y dejarle claro al enfermo que él es nuestra prioridad.

2: Evaluar la información del paciente:

A través de preguntas abiertas, indagaremos a cerca de cuánta información conoce, si otros profesionales le han comentado algo, qué impresiones tiene él, si ha buscado en otras fuentes como puede ser internet. A partir de entonces, podremos modular los datos que vamos a transmitir.

3: Evaluar el deseo de ser informado:

Al igual que en el paso anterior, abordaremos este mediante preguntas abiertas. El paciente está en pleno derecho a no ser informado si así lo desea; por lo que, antes de comunicar nada, debemos asegurarnos de qué y cuánto quiere conocer a cerca de su estado de salud.

4: Transmitir la información:

En este punto daremos importancia a partes iguales a la comunicación verbal y a la no verbal. En primer lugar, haremos saber al paciente que las noticias que tenemos para él no son buenas. A continuación, desarrollaremos la información que quiere conocer de forma simple, clara y concisa; dejando los tecnicismos de lado y empleando un lenguaje adecuado a la comprensión del paciente.

Todo ello tiene que ir acompañado de una presencia cargada de confianza y cercanía, con un gesto amable, contacto visual, contacto físico si es necesario, etc.

Por último, asegurarnos de que el mensaje ha sido comprendido a la perfección, repetirlo las veces que hagan falta; y que el receptor se sienta libre de plantear las dudas que le surjan.

5: Responder a las emociones:

Podemos esperar todo tipo de reacciones por parte del paciente, y lo que está claro es que ninguna de ellas es equivocada y debemos estar preparados.

Durante esta fase, hay ciertos elementos que son de gran utilidad:¹⁷

- Respetar los silencios, para facilitar que el paciente reflexione y asuma su condición internamente.
- Mostrar empatía, para que el paciente se sienta comprendido y acompañado.
- Fijarse en el lenguaje no verbal del paciente, que dará pistas sobre qué decir y cuándo hablar.
- Escuchar al paciente y dejar que se exprese libremente.
- Respetar al paciente, aunque haga afirmaciones con las que no estemos de acuerdo.

6: Estrategias de futuro:

Como broche final, es muy importante que el paciente se sienta incluido en la toma de decisiones sobre su enfermedad. Acordaremos el plan de tratamiento y la actitud a seguir a continuación con el paciente, haciéndole participar de forma activa en su manejo

2.4.3 LA CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO

Como conclusión extraída del protocolo de Buckman (y del resto de apartados anteriores en general), es de vital importancia que el paciente esté al corriente de su estado de salud; en la medida en que él mismo lo desee, y que este proceso de comunicación se lleve a cabo de una forma correcta. No obstante, en la práctica clínica es frecuente que estos hallazgos sean comunicados previamente a los familiares; o incluso, que se negocie con ellos qué y cuánta información se dará al enfermo.

Muchos, en un intento de proteger a su ser querido de una noticia tan terrible y que ellos creen que podría agravar su estado, piden que no se le diga nada. Sin embargo, esta decisión; además de ser una mala praxis y vulnerar el derecho de autonomía del paciente, generará una situación de aislamiento y soledad al no poder ninguna de las dos partes expresar el sufrimiento natural en estas circunstancias. Esto es lo que se conoce como: “Conspiración del silencio”

A efectos bioéticos, se están incumpliendo tanto el principio de autonomía como el de beneficencia del paciente, confirmado también en el ámbito legal según la “ley 5/2015, de 26 de junio, sobre los derechos del enfermo terminal “, que afirma:¹⁸

- 1- Derecho a la información asistencial.
- 2- Derecho a la confidencialidad.
- 3- Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado.
- 4- Derecho a otorgar el documento de instrucciones previas.
- 5- Derecho a un trato digno.
- 6- Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención.
- 7- Derecho del paciente a recibir cuidados paliativos integrales y al tratamiento del dolor.
- 8- Derecho al acompañamiento.

Se trata, indiscutiblemente de una situación muy incómoda, a la que se enfrenta el médico en estos casos, sin embargo, es fundamental acabar con ella cuanto antes, por el bienestar del enfermo y de sus seres queridos.

Es importante que no dejen asuntos sin resolver; tanto de carácter práctico como sentimental, y que dispongan de todo el tiempo posible para hacerlo. Todo el mundo está en su derecho de tener una despedida digna y consciente; tanto el que se va, como el que se queda. Este último, aunque en un inicio no lo comprenda así, romper con esta conspiración del silencio le ayudará en su proceso de duelo tras la pérdida.⁴

Para facilitar esta labor, se han desarrollado una serie de pasos que se relatan a continuación:

1. Detectar la intención de conspiración
2. Interesarnos por los motivos que impulsan al familiar a querer ocultar la información.
3. No juzgar estos motivos y transmitir empatía hacia ellos
4. Indagar a cerca de la repercusión que tiene en el propio familiar esta noticia
5. Ofrecer ayuda para paliar ese sufrimiento o miedo que motiva la conspiración, asegurar que “haremos todo lo que esté en nuestra mano”
6. Hablar con el paciente y pedirle permiso para volver a hablar con su acompañante.
7. Proponer una conversación conjunta y servir de apoyo a las dos partes al mismo tiempo.¹⁹

2.4.4 FORMACIÓN ACTUAL A PROFESIONALES EN LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Es un ámbito que recientemente ha recibido mayor atención y relevancia, dada la gran repercusión que ha demostrado tener; y con ello, se ha podido visualizar una mayor preocupación por “hacerlo bien”.

Es por ello por lo que, cada vez más, van surgiendo métodos formativos para profesionales y estudiantes de la rama sanitaria, poniendo el foco en la adquisición de habilidades comunicativas y en el ejercicio de estas en la práctica o simulación clínica.

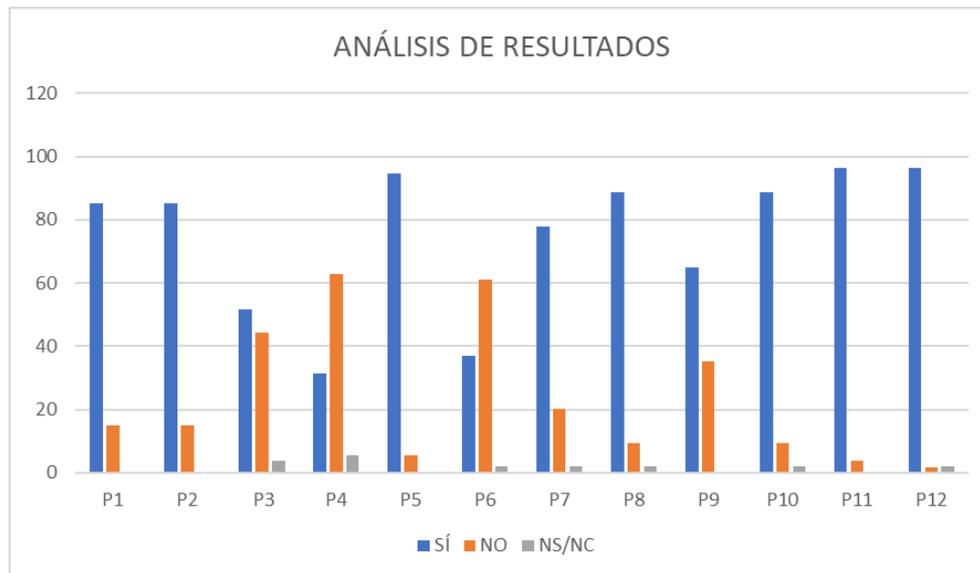
De este modo, son de especial interés los siguientes puntos:

- Comunicación verbal y no verbal
- Empatía
- Escucha activa, no interrumpir, emplear correctamente los silencios.

Son crecientes las universidades, institutos, hospitales y centros que se suman a la creación de cursos formativos tanto para médicos, como para estudiantes de medicina. La simulación

clínica o role-playing es una estrategia educativa que se encuentra en auge, demostrándose su gran utilidad al crear escenarios verosímiles de estas situaciones y permitiendo que el personal sanitario adquiera destreza y soltura en cuanto a comunicar malas noticias se refiere.²⁰

3 RESULTADOS



En el siguiente gráfico se encuentran representadas las respuestas a las doce preguntas incluidas en el cuestionario (adjuntado en el apartado de “Anexos 7.1”).

Las conclusiones más significativas sacadas de este análisis las comentaremos a continuación de mayor a menor relevancia:

- En el aspecto de la confianza transmitida por los profesionales (P11), existió una respuesta prácticamente unánime a favor de un trato cercano y cálido.
- Otro ámbito en el que la mayoría de los pacientes se han sentido satisfechos, es la forma en la que la información fue expuesta, con una expresión clara y fácil de entender (P5).
- No hay duda de que en puntos tales como “el lugar y el ambiente elegidos, el tiempo empleado en la conversación, la opción a resolver dudas y la resolución de éstas; y la información proporcionada acerca de la evolución y tratamiento de la enfermedad” las opiniones favorables han vencido a las que no lo son. Sin embargo, existió más grado de variación interpersonal (P1, P2, P7, P8, P10).
- Prácticamente, fueron las mismas personas a las que se les pregunto cómo se sentían en ese momento que las que no fueron preguntadas (P3). Lo mismo ocurrió con los

pacientes a los que se les brindó la posibilidad de contactar con el médico posteriormente (P9). Es por esto que encontramos un amplio margen de mejora en estos dos puntos.

- En la futura formación de profesionales sanitarios en la comunicación de malas noticias, existen dos aspectos en los que hacer especial hincapié. Según las conclusiones sacadas de este estudio, son muy pocos los médicos que preguntaron “sí deseaban acompañamiento de algún familiar mientras recibían la noticia” (P4) o “si evaluaron la medida en que el paciente quería saber sobre su enfermedad” (P6).
- Otro de los objetivos de este estudio era evaluar la repercusión de la encuesta en los pacientes al revivir su experiencia (P12). Como se puede observar en el gráfico en un 96,3 % de la muestra se despiertan sentimientos positivos. Tan sólo en un 1,85% la realización del cuestionario generó un impacto negativo y un 2% se mostró indiferentes ante esta pregunta.

4.DISCUSIÓN

4.1 ANÁLISIS DE LOS COMENTARIOS PERSONALES

En la encuesta realizada, además de los 12 ítems, existía una pregunta abierta enfocada a cada uno de ellos, en la que los pacientes podían desarrollar más concretamente el motivo de su respuesta.

En general, ha habido un gran consenso en cuanto a la buena atención brindada por parte del servicio que llevó su caso y la comunicación de su diagnóstico. Muchos de ellos utilizan los términos *confianza*, *esperanza* y *tranquilidad* para describir los sentimientos que les transmitieron aquellos profesionales en ese momento tan difícil.

Asimismo, mientras unos agradecen profundamente el empleo de un lenguaje sencillo y adecuado al nivel de cada paciente; incluyendo en algunas ocasiones dibujos que faciliten la comprensión de la patología; otros lo recuerdan como una forma de expresarse “*no muy clara y dando muchos rodeos y sin mostrar empatía*”.

Es evidente que, es complicado encontrar las palabras acertadas, sin embargo, una en la que coinciden varios encuestados que resulta demasiado dura y brusca de escuchar, es la palabra “*cáncer*”. Prefieren, por lo general que el facultativo busque, al menos de primeras, sinónimos para hablar de ello.

En cuanto al momento y al lugar, también son factores importantes a tener en cuenta. Según los pacientes, un ambiente malo, poco calmado, sin usar los tiempos necesarios, es algo que dejó mucha huella en ellos. Del mismo modo, a muchos les preocupa la repercusión en su entorno sociofamiliar, y por ello cobra tanta importancia el abordaje global de estas noticias.

Son varios los ejemplos en los que el paciente se siente “*engañado*”, “*que le ocultan información*” y es que uno de los errores encontrados con este estudio ha sido el hecho de transmitir la información a la familia en vez de al paciente. Con esto, al no recibir la noticia de primera mano, o enterarse indirectamente de ello, se despiertan muchos sentimientos de negación, incertidumbre y desconfianza. Por lo general, aquellos con los que en este aspecto se ha hecho de forma adecuada, agradecen a la hora de afrontar su duelo, “*tener toda la información en su mano*”.

Por otra parte, no solo se trata de comunicar la noticia, es también, dar el lugar al paciente a preguntar sus dudas, pues alguno de ellos reconoce “*haberse quedado sin palabras en el momento, y no querer escuchar más*”; pero más tarde, surgen mil preguntas y es importante prestar atención a resolverlas.

Un ejemplo de lo anteriormente expuesto es la queja de varios encuestados, que echan en falta haber tenido una explicación dialogada con el médico, en la que poder conocer más sobre la evolución y tratamiento de su enfermedad, y no solo un informe escrito.

A pesar de lo que conlleva recibir una mala noticia, la gran mayoría se mostró con una actitud positiva y valiente ante la situación, adjuntando comentarios tales como “*a los problemas hay que buscarles solución*” “*hay que aceptar la vida como te viene*” “*hay que luchar*” ...

Todos coinciden en el gran impacto que tiene la forma en que se da la noticia, y aunque en general se muestran satisfechos, otros sienten que fue precisamente el modo en cómo les fue transmitida “*lo que les hundió*”.

Con la última pregunta abierta del cuestionario, que se corresponde con la encuesta de satisfacción sobre el estudio realizado, podemos concluir en que: todos los participantes (excepto uno) perciben de una forma muy reconfortante y positiva la experiencia de haber podido hablar de su proceso, y así, poder contribuir a una mejora en la comunicación de las malas noticias “*pienso que puede ser interesante para casos similares en medicina*”

4.2 INFLUENCIA DE LAS VARIABLES EN LAS RESPUESTAS

Hemos realizado un sencillo análisis estadístico que nos ha permitido obtener asociaciones entre las variables más influyentes y su repercusión en la variabilidad de las respuestas.

De entre las variables seleccionadas, hay dos con las que hemos observado correlaciones significativas.

- Por una parte, la edad del sujeto parece influir en su percepción de que la información que se le está proporcionando es clara y concisa (P5). En el rango de edad menor de 50 años, el 100% de los encuestados creen haber entendido la información recibida. No es así en el siguiente grupo de edad, en que al 8% de los individuos entre 50 y 70 años, no les pareció sencilla de comprender. Por último, este porcentaje sigue en aumento a medida que avanza la edad, y es que un 15,8% de los mayores de 70 años tampoco acabaron con una idea clara de lo que les comentaba el médico. Un patrón similar ocurre con la resolución de dudas (P8), en el grupo de edad más joven (<50 años) ninguno tuvo problemas a la hora de resolver sus inquietudes. Y en los grupos de más edad (50-70 / >70 años), la dificultad para aclarar sus preguntas se vio influido por la edad del mismo modo que hemos observado anteriormente.
- Por otro lado, existe una diferencia significativa en cuanto a la confianza depositada en el médico (P11) entre los pacientes con antecedentes de cáncer previo y los que fueron diagnosticados por primera vez. Dentro del primer grupo, el 100% sintieron confianza en el profesional, mientras que, de entre los que recibieron la noticia por primera vez, un 6,7% no lo lograron.

5. CONCLUSIÓN

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS

1) Con los resultados del proyecto se podrían proponer las siguientes actividades para la mejora de los profesionales sanitarios:

- La realización de talleres de formación al profesional sanitario sobre cómo actuar en el momento de dar una mala noticia, ofreciéndoles material bibliográfico y realizando role-playing.
- Ofrecer charlas en los centros de salud sobre la importancia de seguir unos protocolos (como es el protocolo de Buckman) 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 validar la encuesta para que los profesionales sanitarios puedan realizarla en su consulta ,y así poder identificar qué carencias de comunicación deberían reforzar.

2) A nivel bibliométrico, junto con la literatura ya presente, puede ayudar al resto de profesionales sanitarios a dirigir sus esfuerzos en mejorar aspectos de la comunicación que los pacientes han referido como pobres o poco satisfactorios y tomar la encuesta como una guía a seguir en el momento de dar noticias de este tipo.

Para ello, consideramos que puede tener gran interés las conclusiones sacadas del apartado 4.2 “Influencia de las variables en las respuestas” que se exponen a continuación:

Si bien es cierto que los tamaños muestrales de los distintos grupos de edad no son equitativos entre sí, se ha visto un patrón que se repite, y que nos lleva a pensar que existe cierta asociación entre la edad y el grado de comprensión de la información.

Por ello queremos incidir en que es importante adecuar el lenguaje a cada paciente, y adaptarlo a su edad, nivel sociocultural e idioma empleando un vocabulario sencillo y libre de tecnicismos.

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.
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:

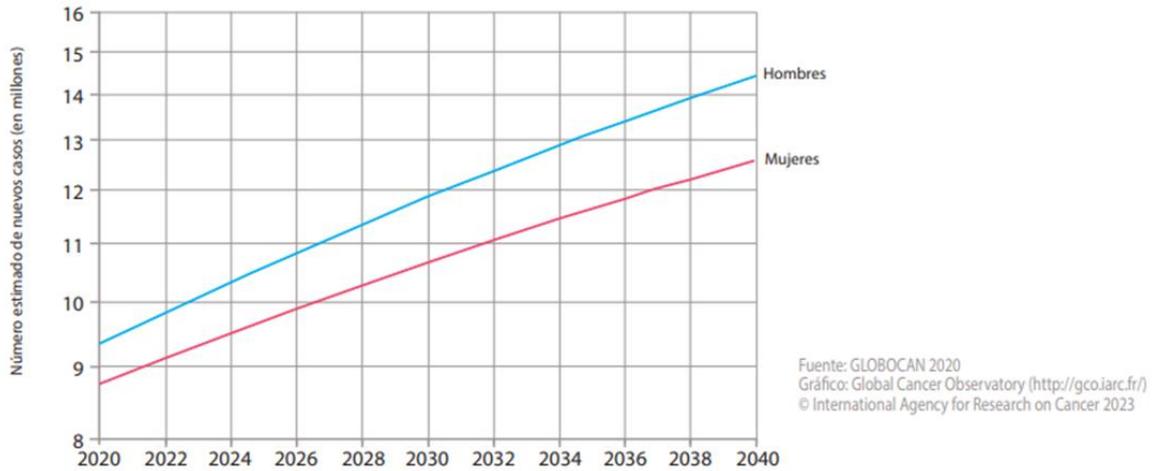
12. ¿Qué efectos le ha producido la realización de la encuesta?

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

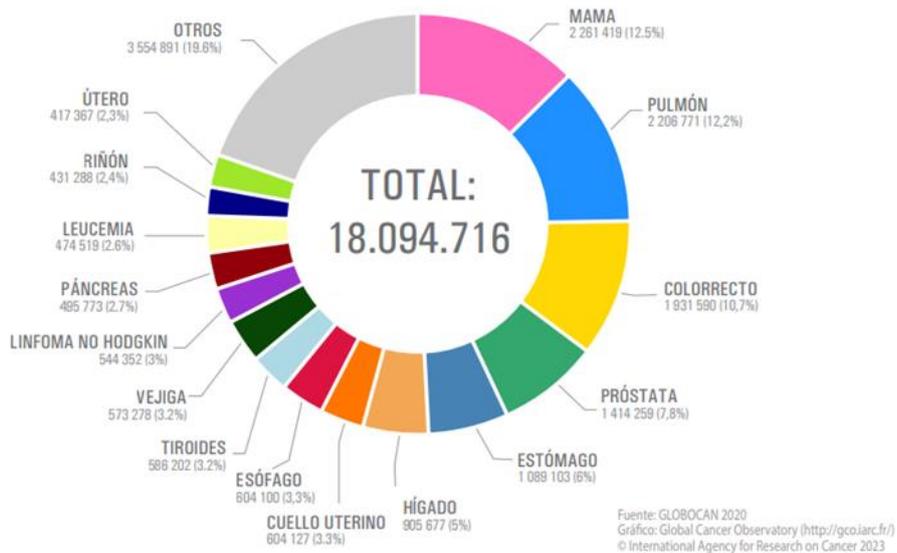
b) No me ha beneficiado, no me gusta volver a revivir la experiencia.

Comentario de expresión personal:

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

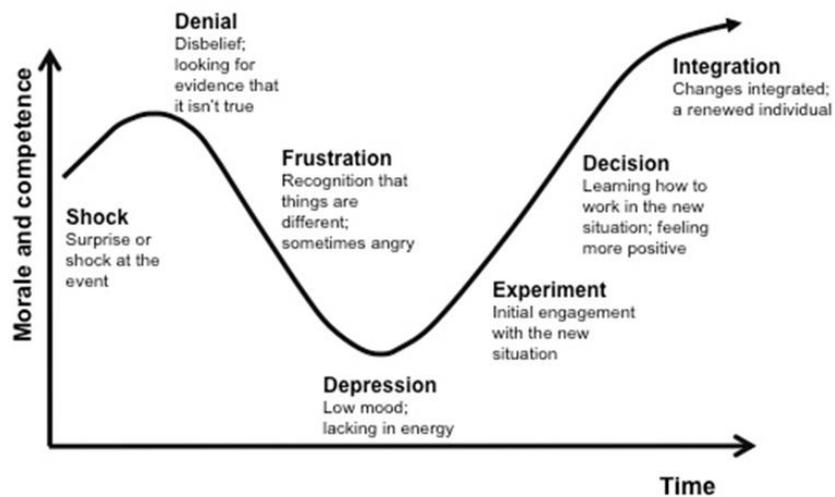


7.3 Prevalencia de los distintos tipos de cáncer a nivel mundial¹⁰

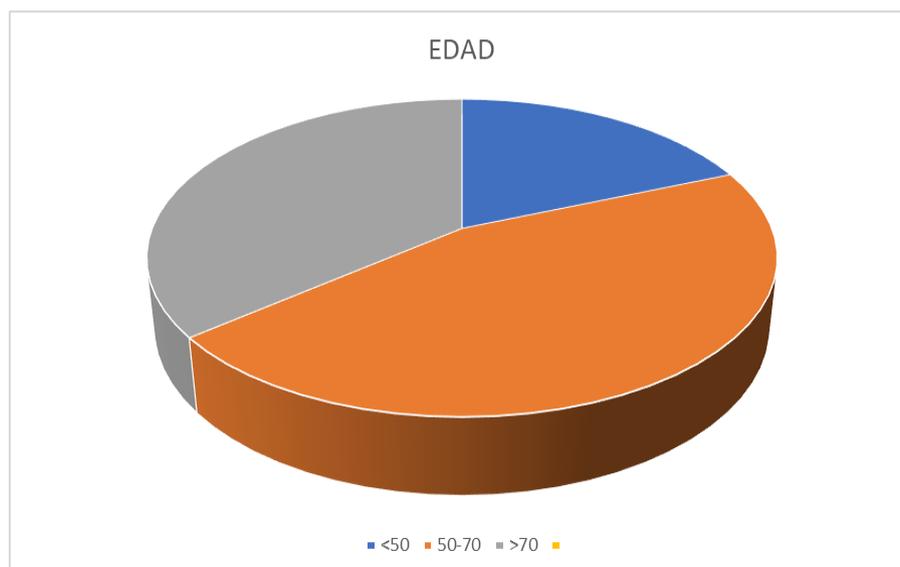


7.4 Modelo de Kübler-Ross¹⁵

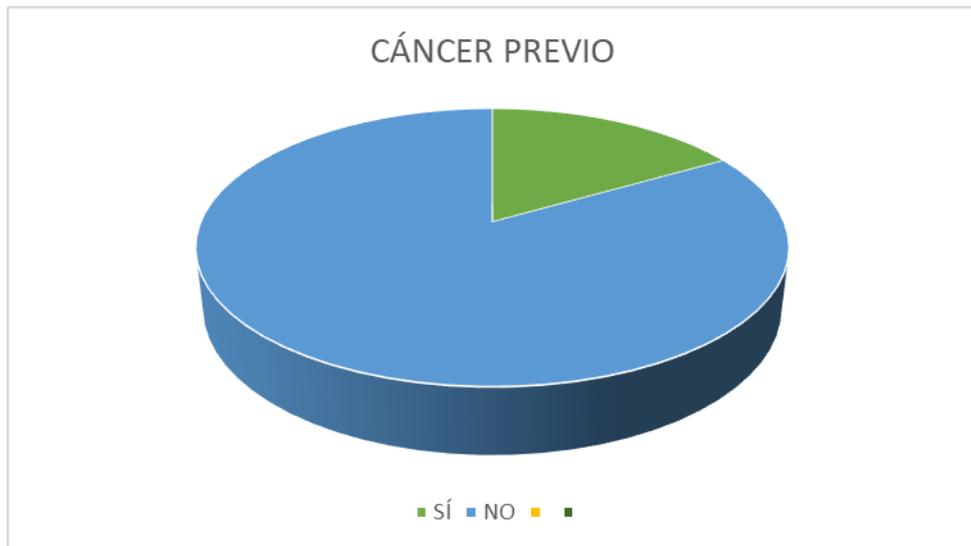
The Kübler-Ross change curve



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

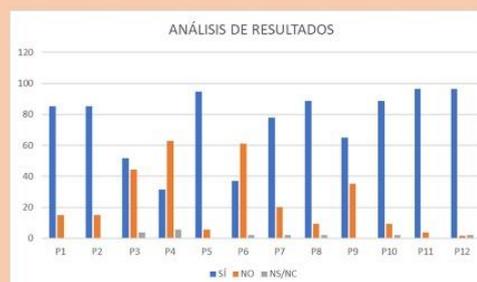
Se ha llevado a cabo un estudio cualitativo, observacional y descriptivo. Para ello, se realizó un cuestionario con 12 preguntas tipo test de respuesta dicotómica, así como un apartado de comentario libre. Este fue entregado a pacientes mayores de 14 años diagnosticados de cáncer, con el fin de valorar los aspectos más relevantes a la hora de comunicar malas noticias. Las variables a estudio fueron:

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

OBJETIVOS

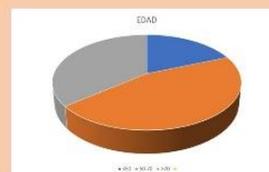
- Objetivos principales: Conocer cómo vivió el paciente la comunicación de la mala noticia, y qué aspectos considera que se podrían mejorar.
- Objetivos secundarios:
 - o Valorar si la percepción del paciente sobre la comunicación en el momento del diagnóstico condiciona la actitud frente al proceso 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

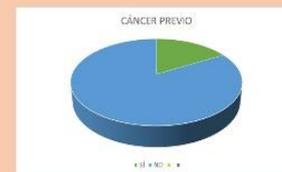


A la vista de los resultados, los pacientes se sienten, por lo general, satisfechos con la forma en que su diagnóstico les fue comunicado. En la mayoría de aspectos estudiados los resultados han sido favorables. Sin embargo, también hemos podido identificar dos cuestiones con mucho margen de mejora, 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*.