

La expresión más hermosa del idioma inglés no es "Te quiero", sino "Es Benigno".

(Wody Allen a un médico en "Deconstructing Harry")

Comunicar malas noticias

Segovia 2007

*Ana Sobrino
Grupo Comunicación y Salud semFYC*



METODO

- Breves exposiciones teóricas
- Detección de situaciones de vuestra práctica
- Búsqueda de soluciones en común
- Contrastarlas con "Otros expertos"

Malas Noticias:

¿Qué son las malas noticias?

¿Debemos darlas?

¿Dónde?

¿Cómo hacerlo?

¿Quién?

Mala Noticia:

Aquella que modifica radical y negativamente la idea que el enfermo tiene de su porvenir

Informar de una mala noticia es un proceso.

Malas noticias

¿deben darse?

Tiene derecho ético y legal

El paciente desea saber

Necesita conocer para decidir

Podrá compartir y evitar soledad

Mejorar su manejo social de la enfermedad

Dolencia



Enfermedad

Sufrimiento

El sufrimiento

- Una persona sufre cuando:
 - Experimenta un daño físico o psicológico o social que valora como una amenaza importante para su existencia.
 - Simultáneamente, cree que carece de recursos para hacer frente con éxito a esta amenaza.
 - Lo que origina el sufrimiento no son los hechos sino el significado que le atribuye el enfermo y sus personas queridas.

¿Cómo debe ser la relación Medico-paciente?

LA RELACIÓN DE AYUDA

Autenticidad y transparencia, en la cual pueda yo vivir mis verdaderos sentimientos:

Honestidad.

Cálida aceptación y valoración de la otra persona como individuo diferente: Respeto.

Sensible capacidad de ver al otro y su mundo tal como él lo ve: Empatía.

¿Cómo debe ser la relación Médico-paciente?

Una relación de ayuda es una relación de confianza

Una relación médico -paciente para funcionar debe estar "engrasada" por la **CONFIANZA** mutua

Ganada a pulso, es una competencia esencial del médico (como saber interpretar un ECG)

¿Cómo debe ser la relación Medico-paciente?

Ganarse esta **CONFIANZA**

Construirla y desarrollarla

Es una parte esencial de su trabajo.

Requiere un verdadero esfuerzo y
energía en el quehacer cotidiano del
médico.

Objetivos del EC:

- Construir una relación.
- Abrir una discusión.
- Obtener información.
- Entender la perspectiva del paciente.
- Compartir información.
- Llegar a acuerdos en los problemas y los planes.
- Cierre y toma de precauciones.

Kalamazoo Consensus 2001.

Competencia relacional del médico

CORDIALIDAD

CALIDEZ

EMPATÍA

BAJA REACTIVIDAD

CONCRECCIÓN

COMPETENCIA TÉCNICA

ASERTIVIDAD

Competencia relacional del médico

OPTIMISMO

PACIENCIA

RESPECTO

INTERES GENUINO POR
EL PACIENTE

FLEXIBILIDAD

ADAPTABILIDAD

Condiciones para comunicar Malas Noticias:

- Estate absolutamente seguro.
- Busca un lugar tranquilo y adecuado.
- Hazlo gradualmente, no es un acto único.
- Averigua lo que sabe:
 - Lo que comprende sobre su enfermedad desde el punto de vista médico.
 - Cómo se expresa (¿qué palabras usa y cuales evita?).
 - Contenido emocional de sus mensajes:
 - ❖ CNV: Detectar discordancias Verbal/No Verbal.
- Averigua lo que el quiere saber.
- Espera a que pregunte (¡Para eso hay que dar la posibilidad de preguntar!).

*“Tenemos dos oídos y una boca,
con el fin de que podamos
escuchar más y hablar menos”.*

*(Zenón , 335-263 AC
Diógenes Laercio)*

Habilidades:

- Empatía
- Asertividad
- Silencios
- Baja reactividad
- Bidireccionalidad
- Señalamiento emocional



*Escenificación
de un caso*

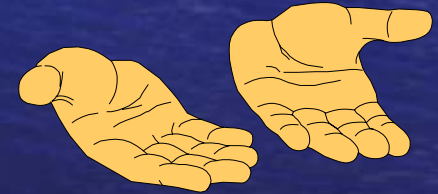
¿Cómo informamos?

- Entrevista centrada en el profesional
- Habla el profesional
- La mayor parte del tiempo destinado a síntomas físicos.
- Preguntas cerradas
- Interrupciones al paciente
- Poco contenido psicosocial

QUÉ DECIR.

Estrategia de Buckman

- Preparar el entorno.
- Qué sabe.
- Qué quiere saber.
- Compartir información.
- Responder a sus sentimientos.
- Plan de cuidados.



Cómo hacerlo:

- Mensajes simples sin palabras de alto contenido emocional.
- Naturaleza de su enfermedad, evolución probable y alternativas terapéuticas
- No establecer límites ni plazos.
- Extremar la delicadeza.
- No decir nada que no sea verdad

Cómo hacerlo:

- evitar culpabilizar
- no ofrecer falsas esperanzas
- resaltar mensajes positivos: esperanza realista
- dar las noticias por fases
- Garantizar acompañamiento, ofrecer entrevistas o fuentes de ayuda.

HABILIDADES

- Empatía.
- Asertividad.
- Silencios.
- Baja reactividad
- Bidireccionalidad.
- Señalamiento emocional.

Adaptación a la enfermedad y actitud del profesional

- Negación: Diferenciar de falta de información. Respetarla sin estimularla.
- Ira - rabia: Analizar las causas y reconducir.
- Culpabilización: ayudar a desculpabilizar y a perdonar
- Negociación: Permitir sin dar seguridades prematuras.
- Depresión/Tristeza: Acompañar , diferenciar de Sdre. Depresivo
- Aceptación: Informar ,facilitar la expresión de emociones, plantear tratamientos y seguimiento

Cómo hacerlo:

El paciente marca el camino y el ritmo.
El criterio a seguir es el de la "Verdad Soportable"

No confundir lo insoportable para el enfermo
con lo incómodo para el médico

Estilo Esperanzador

Comenzar por el orden inverso al habitual:

- 1° Medidas de orden diagnóstico o terapéutico.
- 2° Pronóstico.
- 3° Diagnóstico.

Brewin T. "Relating to the relatives." New York: Radcliffe Medical Press; 1996, p 42.

Emociones:

- Aceptar el impacto emocional.
- Permitir que la emoción se manifieste en el paciente.
- Conseguir que el paciente sienta e identifique la emoción.
- Ayudar a que la canalice en una dirección que facilite la adaptación.
 - Ayudar a descubrir sus propias estrategias adaptativas.
 - Ayudar a buscar y activar apoyos socio-familiares.

CUANDO EL PACIENTE LLORA

- Ofrecer un pañuelo
- Desarrollar respuestas empáticas
- Acercarse más al paciente o propiciar el contacto físico
- Realizar una pregunta abierta si no se está seguro del motivo que lo desencadena

Conspiración de Silencio

Adaptativa.

Desadaptativa.

Conspiración de Silencio:

Estrategias Prácticas.

- Explorar las razones.
 - Identificar y explicitar lo que temen.
- Hacer explícitos los objetivos comunes.
- Marcar límites éticos.
- Analizar conjuntamente el coste emocional:
 - Anticipar consecuencias del secreto en el paciente.
 - Sobrecarga emocional para el cuidador.
- Proponer un acuerdo
 - Ofrecerse como mediador.

Conspiración de silencio:

- ¿Por qué cree que es mejor no informar a su...?
- Entiendo que no quiera decirle nada.
- ¿Qué repercusión tiene para usted no poder contárselo a su....?
- ¿Qué le diremos cuando se vea que no mejora?
- Me gustaría saber qué sabe realmente su...de su enfermedad
- A otros enfermos conocer su situación les ayuda mucho
- ¿Le parece bien que lo hablemos los tres juntos?

TRATAR LA NEGACIÓN

- Probablemente el paciente no ha contemplado la posibilidad de cambio. Requerirá tiempo y paciencia del profesional
- **EN GENERAL NO HAY PRISA**
- Evite atacar directamente y en primera instancia las justificaciones del paciente. Es mejor ser dialogante

TRATAR LA NEGACIÓN

- Clarifique y permita que el paciente se exprese sin interrupciones
- Permita que explique sus razones
- Argumente contra los posicionamientos con **EMPATIA, FIRMEZA y SEGURIDAD**
- Ponga énfasis en la **VENTAJAS** de cambiar , más que en el temor de no hacerlo
- **ELOGIE** los logros

Situaciones inesperadas

- Entorno.
- Técnica narrativa: familiar y nuestra
- Permitir emociones.
- Quitar culpas.
- Normalizar.
- Apoyos.
- ¿... alguna pregunta?
- Plan.