PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO DE TITULACIÓN

SUBMODALIDAD: CAPÍTULO DE LIBRO

TEMA:

COMUNICACIÓN DE "MALAS NOTICIAS" EN SALUD: RECOMENDACIONES PARA EL CONTEXTO LATINOAMERICANO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER EN GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

DIRECTOR: Msc. Andrés Velasco Ribadeneira

AUTOR: Dra. Génesis García Vela

QUITO, 2024

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las políticas y manuales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas políticas.

Asimismo, cedo los derechos en línea patrimoniales de mi trabajo de titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción dentro de las regulaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: 

Nombre: Génesis Betzabeth García Vela

Cédula: 0925644270

Lugar y fecha: Quito, 19 de septiembre de 2024.

DEDICATORIA

.

Esto es posible solo gracias a Dios, por su increíble benevolencia y amor para conmigo a pesar de ser yo indigna de su gracia, él me permitió terminar este proyecto porque el que inicia la obra siempre la termina.

A mis padres por apoyarme incondicionalmente siendo mi ejemplo a seguir en cada momento de mi vida ambos son la prueba viviente de lo que es la superación.

A mi pareja por trasnocharse conmigo cada vez que estudiaba y por todas esas palabras de aliento que me daba cada vez que me quería rendir.

A mis 3 hermanos y mi ñaña Susy que son parte fundamental en mi vida ejemplo de esfuerzo valor y coraje.

Gracias todos los antes mencionados, hoy no solo cumplí una meta, sino que doy cierre a una etapa muy importante de mi vida, estando sumamente agradecida por el ayer, por el hoy y por el mañana. Finalmente, a los que creyeron en mí, por brindarme más impulso y motivación.

Con sincero cariño,

Génesis García Vela

AGRADECIMIENTOS

. Gracias Dios por tu inmenso amor, no sé qué sería mi vida sin ti, gracias por permitirme terminar este proyecto, no había podido llegar hasta la meta sin tu presencia no iba conmigo.

En primer lugar, agradezco a mis padres quienes siempre me han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos los objetivos personales y académicos.

A mi pareja gracias por la constancia y esfuerzo además de apoyarme en todo momento con amor y dedicación.

Y de una manera muy especial al tutor por su dedicación y paciencia, sin sus palabras y correcciones precisas no se hubiera podido lograr llegar a esta instancia tan anhelada.

"Gracias por su guía y todos sus consejos, los llevaré grabados para siempre en la memoria en mi futuro profesional."

Y por último gracias a los ángeles disfrazados de amigos que Dios me ha enviado para soportar este proceso llamado vida.

Génesis García Vela

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR ii

DEDICATORIA iii

AGRADECIMIENTOS iv

ÍNDICE GENERAL v

ÍNDICE DE TABLAS vii

RESUMEN viii

ABSTRACT ix

1. INTRODUCCIÓN 1

2. METODOLOGÍA 5

3. DESARROLLO 6

3.1. “Malas Noticias” en salud. 6

3.2. Antecedentes en América Latina del uso de Protocolos para dar “malas noticias” en salud. 7

3.3. Protocolos estratégicos para dar malas noticias. 11

3.4. Relación Médico-Paciente. 18

3.5. Dificultades en el personal de salud para dar “malas noticias” 20

3.6. Dificultades para dar “malas noticias” a los pacientes 22

3.7. Importancia de la comunicación al dar “malas noticias”. 24

3.8. Dar malas noticias, impacto psicológico. 26

3.9. Recomendaciones de cómo dar malas noticias en el contexto Latinoamericano. 26

SPIKES-DEMENTIA / EPICEE-DEMENCIA 29

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 35

5. BIBLIOGRAFÍA 38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Protocolos más utilizados en la comunicación de "malas noticias" en el ámbito sanitario a nivel global 12

Tabla 2 Recomendaciones para dar "malas noticias" en salud, en el contexto latinoamericano. 27

RESUMEN

La comunicación es un componente esencial para la práctica médica, que, aplicada de forma apropiada, acorde a cada situación, la apoya de manera oportuna. Sin embargo, la comunicación de “malas noticias” es una tarea compleja, pese a todos los protocolos que se muestran como una guía para humanizar este proceso, debido a que un manejo inapropiado del mensaje podría impactar la vida de las personas de manera disruptiva.

Estudios muestran que adquirir habilidades para comunicar “malas noticias” puede tener un efecto positivo tanto para quien comunica el mensaje, como en aquel que lo recibe. Si bien, países como Estados Unidos, Alemania, e Inglaterra, cuentan con un mayor desarrollo de protocolos para comunicar “malas noticias”, en el contexto Latinoamericano, las sociedades tienen diversos niveles educativos y culturales, lo que dificulta la aplicación de buenas prácticas, guías y metodologías para comunicar este tipo de mensajes al paciente y sus familias.

El objetivo de este trabajo de investigación es abordar la comunicación de “malas noticias” en la región de Latinoamérica y brindar recomendaciones que colaboren para que la diversidad de etnias, culturas, creencias religiosas, limitaciones físicas, y educativas no sean un impedimento para poder gestionar una mejor comunicación entre el personal de salud, el paciente y sus familiares.

Palabras claves: comunicación, “Malas Noticias”, Salud en Latinoamérica, Protocolos de comunicación.

ABSTRACT

Communication is an important part of medical practice, it is an essential component, which when executed appropriately in the wide variety of medical situations, is considered an art. However, it is worth noting that the communication of “bad news” continues to be complex, despite all the protocols that allow us to humanize the not-so-good diagnoses, which end up significantly marking people's lives.

Randomized studies show that learning communication skills can have a positive effect on both the giver and receiver of sad news. Although, it must be emphasized that health in the Latin American context is governed by fragmented and segmented systems, which are supported by social security and coexist in an environment where underdevelopment and labor informality predominate, all of this linked to cultural diversity, beliefs and customs of the environment, aspects that can affect this practice, although pre-established methodologies already exist around the world.

The objective of this chapter is to address shocking news, as much as possible, from its usual context because people face their diagnoses in diverse ways because this will depend on their ethnicity, language, religious belief, or socioeconomic level. In addition, that This helps to reduce the emotional impact on the patient so that they can better engage in this new reality.

Keywords: Effective Communication, “Bad News” in Health, Health in Latin America, Communication Protocols.

1. INTRODUCCIÓN

Según Casanova (2020), la comunicación efectiva en el contexto sanitario se ha convertido en una directriz de trabajo de la profesión médica, y al mismo tiempo, cree que la efectividad de la comunicación va a depender siempre de un resultado exitoso entre quienes hagan buen uso de esta herramienta. Para ello, se discuten los aspectos teóricos y herramientas prácticas para asegurar la asertividad del profesional médico y los receptores. Esta relación es tal, que su discurso es científico y comunicativo, para que el interlocutor entienda lo que escucha, para que quede satisfecho y así garantice la calidad al aplicarla en la actividad laboral (Casanova K., 2020, pág. 323).

En el campo de la salud, las habilidades comunicativas involucran técnicas de información, influencia y motivación hacia las personas, las instituciones y la sociedad sobre temas relevantes de salud como: prevención de enfermedades, promoción de la salud, políticas del sistema sanitario, financiamiento y la mejora de la calidad de vida y la salud de los miembros de la comunidad (Sanz-Valero, J. 2019).

La comunicación efectiva contribuye a la toma de decisiones, considerando que la transmisión de información debe despejar inquietudes que pudieran surgir en una conversación. Por lo tanto, el mensaje debe caracterizarse por su claridad, empatía, e incluir la escucha activa (Figueroa, S. 2024).

Los profesionales de la salud en Latinoamérica, en la mayoría de los casos no tienen educación formal en las aulas de clase para comunicar “malas noticias” con base en un protocolo preestablecido acorde a su entorno, con los lineamientos que se deberían

aplicar de acuerdo con cada circunstancia. Por lo general, toman bases de protocolos o guías ya establecidas como:

- SPIKES/EPICEE (entorno, percepción, invitación, conocimiento, empatía y emociones, estrategia), el más utilizado en oncología.
- "ABCDE", es un manual muy utilizado para la aplicación de los primeros auxilios en el área de psicología. Fue creado con la finalidad de aliviar traumas que fueron causados de forma no intencional mediante una práctica médica y contrarrestar el sufrimiento en los pacientes (Torres-Alorda, A., 2022).
- BREAKS (*Background*/antecedentes del caso, Rapport/establecer una buena relación, *Exploring*/exploración de lo que se sabe del paciente, *Announce*/advertencia e información, *Kindling*/respuesta a la reacción emocional, *Summarize*/resumen de la sesión y plan), que se estableció para fortalecer la comunicación de tratamientos severos (Muñiz, 2022).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) no tiene un protocolo establecido bajo su autoría. Sin embargo, durante la pandemia 2019 por SARS-CoV-2, fueron varios los desafíos en comunicación a los que estuvieron expuestos los profesionales en salud. En esta situación de emergencia, era crucial comunicar malas noticias de una forma remota, lo que implicaba hacer uso de medios de comunicación, como los teléfonos convencionales y celulares; porque era el medio considerado más adecuado para lograr mantener el distanciamiento entre las personas, siendo esta, una medida primordial para controlar la propagación del virus (Torres-Alorda, A., 2022).

Algunos desafíos específicos fueron (Belli, L. F., 2020, pág., 1):

a) La mayoría de los profesionales médicos no tienen experiencia en este tipo de habilidades comunicativas.
b) La comunicación efectiva de malas noticias depende principalmente del lenguaje corporal que se usa en este tipo de conversaciones.
c) No hay mucha literatura disponible para orientar a quienes deben completar esta tarea.

Es importante resaltar que cada país construye los sistemas de salud basados en los modelos de desarrollo, aspectos políticos, sociales y culturales en su entorno. Asimismo, establece que cada ente profesional debe estar debidamente capacitado, para que su desempeño como un componente esencial dentro de la comunidad sanitaria sea adecuado. Entonces, una habilidad esencial es el “saber comunicarse”, ligado a un buen trabajo en equipo (Chang Campos, 2018).

La comunicación aplicada en la salud contempla la difusión de información sobre temas relacionados a enfermedades, tratamientos y los mecanismos de prevención de patologías. Los mensajes deben ser claros, y precisos, de modo que las personas puedan realizar cambios sostenibles que mejoren su salud (Paho, 2017).

Por otro lado, investigaciones acerca de los sistemas sanitarios y la red se seguros sociales en América Latina y el Caribe evidencian que el profesional médico enfrenta una serie de desafíos en términos de epistemología, conceptos teóricos, métodos y acción política en salud respecto a cómo abordar malas noticias; por tanto, el ámbito curricular del profesional médico debería incluir la mejora de esta habilidad (BBC News Mundo, 2017).

Actualmente, la capacidad de dar malas noticias a los pacientes y sus familias ya no se considera una habilidad opcional; en cambio, la subestimación de su importancia ha contribuido a la percepción de una medicina deshumanizante en los últimos años. Es responsabilidad del médico comunicar cualquier tipo de noticia de forma efectiva y veraz. Por tales razones, se considera una obligación ética el tratar de manera clara y cualitativa los problemas educativos relacionados al cómo dar “malas noticias”, donde los planes de estudio recomienden reformas curriculares a los programas de salud (Vincenzi, Ruiz-Loría, & Echeverría Flores, A. S, 2022).

Idealmente, estas recomendaciones deberían permitir al personal de salud incluir en su formación un enfoque que permita aprender a manejar sus emociones y generar habilidades para transmitir “malas noticias”, además de, contemplar el comportamiento del receptor cuando reciba el diagnóstico (Luna-Solís, 2019).

2. METODOLOGÍA

Para este estudio, los aspectos metodológicos y científicos fueron de especial relevancia para la búsqueda de información.

Se seleccionó literatura en español y en inglés. Para ello, se hizo uso de descriptores y términos MESH en las ciencias de la salud, donde se usó los siguientes términos “malas noticias”, “salud en Latinoamérica”, “habilidades de comunicación”, “comunicación efectiva” “protocolos de malas noticias”.

La revisión bibliográfica actual se realizó recopilando y analizando estudios y artículos basados en evidencia de las bases de datos en Pubmed, donde se obtuvieron 14 artículos; en Science Direct, 12 trabajos de investigación; en Elsevier, 23; y Google Scholar dio 34 investigaciones. Fue un total de 82 artículos, de los cuales se seleccionaron 16 de ellos, porque gran parte de estos estaban enfocados a los cuidados paliativos; los cuales se enfocan en enfermedades terminales.

También, se utilizaron fuentes bibliográficas de hospitales conocidos a nivel mundial, Fue un total de 14 artículos y estudios realizados entre 2016 y 2023 por médicos especialistas en el tema, de los cuales se consideraron 3 de estos.

En sí, se hizo uso de 19 trabajos de investigación previos al desarrollo de este capítulo.

3. DESARROLLO

3.1. “Malas Noticias” en salud.

En el ámbito sanitario, la comunicación de malas noticias se conoce como aquella tarea compleja y trascendental que los profesionales deben realizar ante un diagnóstico poco alentador para los pacientes; es decir que, pueda alterar sus planes de vida de una forma disruptiva. En sí, la información que conlleva la “mala noticia” va a quebrantar las expectativas que el paciente tenga acerca de su futuro (Bascuñán & Luengo-Charath, 2022, pág. 1206).

El personal médico suele comunicar malas noticias a sus pacientes o familiares como una práctica habitual; sin embargo, tanto la persona que da la noticia como quienes la reciben enfrentan dificultades y desafíos. En muchas ocasiones, los trabajadores de la salud carecen de capacitación en habilidades y capacidades para comunicar “malas noticias”, ya que no se informan sobre los protocolos y cómo gestionarlos (Torres-Alorda, A., 2022, pág., 3).

Una mala noticia en el campo médico desafía al personal sanitario a escenarios para los que, en la vida real, podrían no estar preparados para confrontar. La necesidad de informar a los pacientes y sus familias sobre enfermedades catastróficas, crónicas, fracasos en el tratamiento, un diagnóstico que requiere amputación, o incluso la muerte, afectan las emociones, no solo de quien recibe la información, sino también de quien la emite; así, se deduce que, el personal médico, al transmitir una mala noticia podría experimentar emociones como temor, frustración, fracaso, decepción o tristeza (Estévez Abad, F., & Estévez Vélez, A., 2021).

Además, para el personal sanitario puede resultar difícil aceptar las reacciones de los pacientes y sus seres queridos ante un evento inesperado (lesión/trauma), complicaciones de una enfermedad crónica o terminal, o una muerte repentina, en la que no existió una advertencia durante el tratamiento de algún padecimiento (Giuliana Elizondo Vincenzi, Viviana Ruiz Loría, Ana Sofía Echeverría Flores., 2022).

3.2. Antecedentes en América Latina del uso de Protocolos para dar "malas noticias" en salud.

No existe una fórmula para garantizar una comunicación efectiva y humana, ya que es una destreza difícil de perfeccionar. Sin embargo, hay una variedad de pautas que explican las bases del proceso comunicativo, así como una variedad de matices que se pueden potenciar para mejorar la comunicación con los pacientes (Solana López, I., et al, 2022, pág., 267).

Además, la comunicación de malas noticias siempre comienza con un choque entre la realidad clínica y las expectativas. Las cuales incluyen las expectativas del médico sobre el curso del diagnóstico, las expectativas del paciente y sus familiares sobre el personal médico, así como las expectativas del propio paciente sobre su vida y su futuro. (Sobrino-López, A., 2008).

Por ello, para brindar atención de calidad, un paso importante es la buena comunicación de "malas noticias". Este se debe centrar en la situación actual, aunque inicialmente sea difícil a nivel emocional, porque permitirá adaptar la atención sanitaria a las necesidades reales del paciente. Además, aunque se trate de uno de los momentos más vulnerables de todo el proceso clínico, también es donde más se puede aplicar el

"arte" de cuidar. Por estas razones, el objetivo fundamental en el desarrollo de cualquier profesional sanitario debe ser la adquisición de competencias en este aspecto de la medicina, que debe ser más humano y menos técnico (Bascuñán & Luengo-Charath, 2022).

A nivel mundial, se han llevado a cabo varios estudios a profesionales médicos sobre su capacitación para comunicar "malas noticias". En el estudio realizado por Díaz-Martínez, acerca del uso de protocolos en un hospital de Santiago de Chile, afirma que el cuarenta por ciento de ellos están frecuentemente expuestos a este tipo de escenarios y reconocen que no han recibido capacitación para este tipo de confrontación. Solo entre el 6 y el 24% de los profesionales de oncología afirman haber recibido la capacitación adecuada para usar esta habilidad de dar "malas noticias" en el ámbito sanitario (Díaz-Martínez, Cuesta, & Díaz-Rojas, 2020a).

A nivel de América Latina, la habilidad de los profesionales médicos para dar “malas noticias” también resulta insuficiente. Un estudio efectuado en Cuba, que tuvo como público objetivo profesionales que dan atención primaria en los centros de salud, evidenció que el 60% de ellos solo reconocen lo importante que es la información verbal; sin embargo, no han considerado el impacto que el lenguaje corporal podría ocasionar en los pacientes. Además, casi el 10% de los médicos mencionaron que su método para adquirir esta habilidad tiene bases de aprendizaje en el “autoestudio” y bases en la “intuición” como ser humano. Se concluye que la capacitación para desarrollar esta habilidad es escasa en toda la región (Díaz-Martínez, Cuesta, & Díaz-Rojas, 2020b).

Sin embargo, la autora Ramírez-Ibáñez, ha expuesto en su trabajo de investigación “Cómo comunicar malas noticias en la práctica médica”, la manera en que

determinados países de latinoamérica han abordado este tema a nivel sanitario (Ramírez-Ibáñez & Ramírez-de la Roche, 2015). Entre ellos:

- Colombia y Perú han realizado investigaciones dirigidas a dar malas noticias en el ámbito sanitario, han tenido como público objetivo a estudiantes de medicina que están cursando los últimos años de la carrera; sin embargo, todos ellos están basados en el protocolo SPIKES (Bascuñán, 2013).
- En Colombia, Brito ha realizado estudios relevantes acerca de los cuidados paliativos, los cuales hacen referencia a enfermedades terminales, donde el cuidado se centra en que los pacientes tengan una mejor calidad de vida durante su padecimiento. Es decir, el análisis de este estudio se enfoca en un componente objetivo que es la severidad; y, un componente subjetivo, que es el sentir del paciente (Brito, 2023).
- En Perú, se ha hecho uso de proyecciones cinematográficas, impartidas a profesionales médicos, para abordar la comunicación referente a situaciones críticas. Además, enfatizan la empatía, respeto y autenticidad que se debe tener cuando se abordan “malas noticias”.
- Chile ha llevado estos estudios bajo otro enfoque. En el trabajo de investigación “protocolos de comunicación de malas noticias en salud: limitaciones, desafíos y propuestas” del departamento de bioética y humanidades médicas, facultad de medicina, universidad de Chile se realizan propuestas de complementación a determinados protocolos: SPIKES, ABCDE, BREAKS, PEWTER, Objetivos CERCA. Además, en el 2013, en el estudio comunicación de “malas noticias” de la misma autora, hace referencia al efecto

MUM, donde considera las afectaciones psicológicas que podrían sufrir los profesionales de salud al tener que confrontar el dar “malas noticias” (Bascuñán, & Luengo-Charath, 2022).

- En Ecuador, el Hospital Francisco de Icaza Bustamante ha organizado un seminario semanal para médicos posgradistas en pediatría de la universidad católica de guayaquil, con el objetivo de capacitarlos. Las conferencias tuvieron como objetivo que los profesionales que trabajan en el ámbito prehospitalario aprendan cuáles son los elementos que intervienen de forma positiva o negativa en el proceso de comunicación de malas noticias, así como las pautas esenciales que propiciarán un arte de comunicación adecuado. Además, se enfatizó en que, en este tipo de circunstancias, el objetivo principal será aliviar el dolor que experimenta la persona a causa de su pérdida, pero no eliminarlo por completo. (MSP., 2023).
- Argentina ha considerado realizar estudios en el área de cardiología. La razón principal fue velar por la reacción del paciente cuando recibe una “mala noticia” respecto su a salud, ya que estas conllevan una situación disruptiva en su nueva realidad. También, se han analizado los factores que afectan los entornos del médico y del paciente, centrándose específicamente en sus circunstancias sociales.
- En Brasil, se han centrado en la implementación de protocolos de comunicación en el área de ginecología, especialmente en la atención prenatal, donde el objetivo es considerar las experiencias de las pacientes, por

lo que se recomienda que no omita información alguna al médico y a sus familiares durante el periodo de gestación.

- En Venezuela, se ha considerado darle un espacio a la donación de órganos y tejidos. Por ello, los cursos de capacitación de “malas noticias” han sido implementados bajo el positivismo de este proceso, y que ha sido respaldado por España mediante la organización nacional de trasplante que tiene sedes en ambos países.

En el análisis de este estudio, se detalla que el protocolo más utilizado a nivel mundial en la comunicación de “malas noticias” es SPIKES cuyo autor es Barley Buckman de la universidad de Toronto, en Canadá. Asimismo hace referencia al protocolo ABCDE cuya autoría pertenece a Rabow y Mcphee, de la universidad San francisco, Estados Unidos.

Lo indicado evidencia que a nivel académico existe un interés creciente por fomentar el desarrollo de habilidades comunicativas a la hora de transmitir “malas noticias”; lo que también se va reflejando en las dinámicas aplicadas en diversos países de latinoamérica. Por eso, es crucial ofrecer una variedad de cursos de capacitación y enseñar a los estudiantes una variedad de protocolos de comunicación de malas noticias desde el nivel universitario.

3.3. Protocolos estratégicos para dar malas noticias.

Dar malas noticias a pacientes y familiares es una práctica común entre los profesionales sanitarios. Es una tarea difícil tanto para el remitente como para el receptor del mensaje. Una causa relevante es que muchas veces el equipo médico no ha recibido ningún entrenamiento en las habilidades y destrezas para dar malas noticias, tampoco

han profundizado en los protocolos existentes y su gestión. Por ello, determinar qué tipo de enfoque siguen los profesionales sanitarios y si es eficaz para comunicar malas noticias mediante protocolos de actuación ya existentes, es necesario.

Para ello, se hizo revisión bibliográfica de protocolos propuestos por los sistemas sanitarios de países latinoamericanos. Asimismo, se revisó literatura de países europeos porque han sido pioneros en implementar esta cultura de comunicación y han servido como como modelos a seguir en estados como los nuestros; el protocolo que destacó entre todos fue el SPIKES/EPICEE.

A continuación, se enumeran y detallan algunos de los protocolos expuestos en los estudios previos, para abordar la comunicación de "malas noticias" en salud:

Tabla 1

Protocolos más utilizados en la comunicación de "malas noticias" en el ámbito sanitario.

Protocolos	Generalidades	Fases
SPIKES/EPICEE	Es uno de los protocolos más utilizados para la CMN a nivel mundial, se utiliza especialmente en enfermedades terminales como es el cáncer. Su autor	1. Entorno 2. Percepción 3. Invitación 4. Conocimiento 5. Emociones 6. Estrategia y Resumen

	es Buckman y fue creado durante los años 1992-2005	
SPIKES-D **(Propuesta para pacientes con demencia)**	Se deriva del formato original solo que ha adaptado sus fases en base a una enfermedad degenerativa, la demencia (2004).	1. Organizar la entrevista 2. Evaluar la percepción de los pacientes 3. Obtener la Invitación de los pacientes 4. Dar Conocimiento e Información a los pacientes 5. Abordar la Emociones del paciente con respuestas empáticas 6. Estrategia y Resumen
ABDCE	Son técnicas utilizadas para la **CMN**, con la finalidad de evitar el sufrimiento de los pacientes. Sus autores fueron Rabow y McPhee (1999)	1. *Advance preparation*/Preparación del paciente 2. *Building a therapetic Relationship*/Consolidar una relación médico-paciente 3. *Communicate Well*/-Comunicación que conlleve términos adecuados

		4. *Deal with patient-family responses*/Lidiar con las reacciones de sus familiares 5. *Encourage and Validate Feelings*/Validar las emociones.
PEWTER	Es un modelo estructurado que considera el fortalecimiento que generan las capacitaciones referentes a las habilidades de la comunicación al momento de CMN en programas de asesoramiento. Fue creado por Nardi y Keefe-Cooperman (2006).	1. *Prepare*/Preparación 2. *Evaluate*/Evaluación 3. *Warn*/Advertencia Breve 4. *Tell*/Dar a conocer la noticia 5. *Emotional Response*/Dar espacio y respuesta a las emociones 6. *Regroup*/Reorganización y Planificación
The 10 Steps McGuigan	Estas estrategias fueron desarrolladas para el ámbito de la enfermería por D. McGuigan (2009).	1. Preparación 2. Conocer por completo la situación del paciente 3. Hay que reconocer que desea saber el paciente

		4. Identificar señales de alarma por parte del paciente 5. Conversar de forma sutil acerca de la mala noticia 6. Identificar los malestares y las emociones 7. Categorizar las preocupaciones 8. Evaluar la comprensión del paciente acerca de su condición 9. Determinar su red de apoyo 10. Ofrecer ayuda posterior para su tratamiento.
BREAKS	Se trata de una estrategia de comunicación sistemática y sencilla para dar malas noticias. Desarrollar la capacidad de afrontar situaciones difíciles tiene un efecto terapéutico positivo y supone una experiencia	1. *Background*/Antecedentes de la enfermedad del paciente 2. *Rapport*/Establecer las relaciones de los diagnósticos 3. *Exploring*/Qué sabe el paciente

	profesional satisfactoria. Sus autores son Narayanan, Bista y Koshy (2010)	4. *Announce*/Advertencia-Información 5. *Kindling*/Respuesta emocional del paciente 6. *Summarize*/Resumen y Recomendaciones
GRIEV_ING	Es una nemotecnia que evalúa cómo comunica el médico de turno el fallecimiento del paciente a sus allegados y familiares. Su autor es Hobgood (2005)	1. *Gather*/Reunir 2. *Resources*/Disponibilidad de recursos 3. *Identify*/Identificar 4. *Educate*/Educación en la comunicación 5. *Verify*/Verificacion 6. *Space*/Espacio para las emociones que se presenten 7. *Inquire*/Indagar 8. *Nuts and Bots*/Información básica. 9. *Give*/Dar información acerca de la red de apoyo.

Nota: En Brasil, se hace uso del Protocolo PACIENTE, que es una derivación del SPIKES, solo que se le adicionó un paso más, el cual se enfoca en el sentir del paciente (Gov-Br, 2023).

Fuente: Protocolos de comunicación de “malas noticias” en salud: limitaciones, desafíos y propuestas (Bascuñán & Luengo-Charath, 2022, pág. 1208)

Todas estas estrategias para ayudar a los trabajadores de la salud a dar malas noticias a los pacientes y sus familias son efectivas en los países de occidente.

Las conversaciones son específicas de cada familia y el marco debe ser lo suficientemente grande como para permitir la participación de todos los miembros que deseen participar en el asesoramiento. Para ello, en cada uno de estos protocolos existe la sección "evaluación", la cual trata los aspectos religiosos y familiares. Cabe señalar que "decisión, divulgación, discusión" se refiere al grado en que los pacientes deben o no comprender la noticia (León-Amenero & Huarcaya, 2019).

Al analizar estos protocolos se evidencia que comparten algunos objetivos; uno de ellos se centra en mitigar el impacto negativo que puede provocar la “mala noticia” en el paciente y sus allegados. Asimismo, estos protocolos pretenden dotar de habilidades de comunicación a los profesionales de salud, para contribuir a humanizar esta compleja tarea.

Finalmente, es importante resaltar que, si bien “SPIKES/EPICEE” es el protocolo más conocido, utilizado e investigado entre los profesionales de la salud, en ocasiones, los pasos no se siguen como se recomienda. En el estudio “¿cómo dar malas noticias en salud de manera eficaz? Protocolo de actuación y formas de enseñanza en ciencias de

la salud, (2021-2022)” se encontró que las áreas con menores niveles de cumplimiento del protocolo o seguimiento inadecuado fueron: percepción (27,7% de los encuestados), invitación (30,4%) y estrategia y resumen (56,9%) (Torres, 2022).

3.4. Relación Médico-Paciente.

Cuando hablamos de comunicación, hablamos de un receptor, ese receptor evidentemente es un destinatario, y el destinatario es obviamente la audiencia, y esa audiencia tiene que creer en algo, tiene que ser un objeto de persuasión. Cuando hablamos de comunicación eficaz, nos centramos más en la persuasión que en la presión. Sin embargo, en el campo de la medicina es vital considerar la relación médico-paciente, la cual, se define como una interacción personal entre dos personas con necesidades complementarias (una persona tiene un trastorno en su salud y la otra tiene recursos que pueden reducir o eliminar esta deficiencia), que se desarrolla en el marco de un momento histórico y un período específico de ese lugar (Rodriguez, 2023).

Existen varios modelos que intentan explicar los diferentes roles que pueden desempeñar los médicos y/o pacientes al intentar construir una alianza. A continuación, se detalla el modelo de Laín Entralgo:

Esta relación parte del binomio “necesidad-amor”. Para él, la relación médico-paciente es un encuentro entre dos personas, una de las cuales necesita ayuda (el paciente) y la otra (el médico) que es capaz de proporcionársela. Es decir, Laín Entralgo cree que la relación médico-paciente es casi una relación diádica, ya que ambas partes tienen interés en mantener la salud, pero el enfermo es quien padece la dolencia. Esto indica que existen diferentes momentos en el desarrollo de una relación:

- Momento cognoscitivo. – esta etapa se centra en el modo de conocer del médico. Esta se realiza en el marco de una relación que como todas las relaciones humanas, puede ser: objetivante o interpersonal. La relación objetivante se caracteriza porque existe un interés común pero exterior a cada integrante, ej.: un negocio entre dos socios es una relación dual. La relación interpersonal, se basa en un interés intrínseco, es común e interno a cada integrante, ej. La amistad, la relación madre hijo, es una relación diádica.
- El momento operativo incluye las acciones terapéuticas del médico, comenzando con la escucha empática durante la consulta, prescribiendo métodos terapéuticos y finalizando con el alta. Para Laín Entralgo, el tratamiento es una conducta social y el alta es una sentencia que permite a los pacientes regresar a la sociedad como personas sanas.
- Momento Afectivo: consiste en tres tipos de relaciones:
  1. Amistad: médico y paciente quieren resolver la enfermedad, pero tienen poca participación personal.
  2. Amistad médica: crece la confianza en la relación y el paciente comienza a expresar un profundo afecto por el médico, a quien considera su confidente, y el médico trata al paciente con amabilidad. La relación es técnica y emocional.
  3. Transferencia y contratransferencia. Transferencia: es un fenómeno que promueve el resurgimiento de comportamientos irracionales en la infancia relacionados con la importancia de la enfermedad, el miedo a la muerte, etc. Por ejemplo: sentimientos de discordia, odio repentino. La contratransferencia son

los sentimientos que tiene el médico sobre la actitud del paciente; por ejemplo: se enojará más con el paciente si no sigue sus instrucciones.

- Momentos éticos-religiosos: la ética y la religión son inherentes al hombre, se puede ver claramente cuando un hombre se enfrenta a una enfermedad y piensa por qué le sucede, y cuando un médico orienta sus acciones en este asunto según los principios de bioética.

Tomando en cuenta lo anterior, se recomienda una actitud empática para construir una mejor alianza terapéutica, que incluya un proceso que permita al terapeuta ingresar al mundo del paciente sin juzgar y dejar atrás sus propios valores y perspectivas. En otras palabras, estar con la otra persona desde una armoniosa convivencia, no una reacción a los sentimientos del paciente, sino un reconocimiento momentáneo. Luego, el segundo paso es tomar distancia necesaria, y el tercer paso es evaluar para formular estrategias y tomar decisiones (Rodriguez, 2023).

3.5. Dificultades en el personal de salud para dar “malas noticias” .

Aunque la comunicación de malas noticias es una práctica inherente a la medicina (ya que los pacientes deben recibir información que va en contra de sus expectativas), es una tarea que generalmente se delega a otras personas. No obstante, esta no es una manifestación única de la medicina, sino más bien de la psicología. Este fenómeno se conoce como "efecto MUM" (Mum about Undesirable Messages o silencio sobre mensajes no deseados) y se debe a la suposición de que los demás son reticentes a recibir información y teme ser "contagiado" por las reacciones emocionales que genera la información. (Bascuñán, 2013).

A su vez, un estudio realizado en España, por la Universidad de Alcalá, consideró el impacto psicológico que experimenta el personal médico al tener que revelar un diagnóstico poco favorecedor para un paciente, demostrando que el personal médico también experimenta esta excesiva implicación y afectación emocionales debido a las circunstancias del paciente, ya que en muchas ocasiones empatiza con él. Se puede considerar una desventaja para el paciente porque el personal médico no está completamente concentrado en diagnosticar y tratar su enfermedad. Con frecuencia, los profesionales se ven distraídos por sus emociones y pensamientos negativos, lo que resulta en esta falta de atención completa a lo que está ocurriendo en la consulta (Pérez, M., 2022).

Además, el profesional tiene dificultades para satisfacer las necesidades de los pacientes a pesar de conocerlas. Algunas de las mayores dificultades que enfrenta son el miedo a ser culpado, a enfrentarse a una reacción que no ha anticipado, a expresar emociones inapropiadas, a que la noticia desequilibre al receptor, a no poder responder todas las preguntas, a desolar al paciente acabando con su optimismo o a la vergüenza por haber sido positivo en el pasado (Torres-Alorda, 2022, pág., 14).

Por otro lado, la actitud del médico al dar malas noticias puede verse afectada por sus creencias culturales, filosóficas y religiosas sobre la muerte y la adversidad, así como por la falta de entrenamiento o experiencias adversas. Se espera que el médico también tenga control sobre sus propias emociones, evite la reactividad ante la respuesta del paciente y use adecuadamente los silencios y la expresión no verbal para promover una buena comunicación en ambas direcciones (Díaz-Martínez, Cuesta Armesto, & Díaz Rojas, 2020, pág., 34).

3.6. Dificultades para dar “malas noticias” a los pacientes

Hay diversas barreras que afectan la comunicación, las cuales se pueden presentar en cualquier parte del proceso. Como resultado, los mensajes pueden distorsionarse, con el riesgo de perder importantes recursos, o pueden llegar a generar confusión y malentendidos. Por ello, la comunicación eficaz implica superar estas barreras y transmitir mensajes claros y precisos (Figueroa, S., 2024).

Dar malas noticias no es una habilidad innata (algunas personas podrían tenerla) pero se puede aprender y dominar de manera efectiva. Debemos tener en cuenta la diversidad de pacientes que compartimos, su diversidad cultural, antecedentes familiares, barreras idiomáticas, factores socioeconómicos y su nivel de comprensión de los aspectos de salud. Hay tres objetivos principales que se deben alcanzar para lograr una comunicación efectiva: construir buenas relaciones interpersonales, facilitar el intercambio de información y, finalmente, involucrar a los pacientes en la toma de decisiones. Por el contrario, la comunicación ineficaz se produce cuando se proporciona información insuficiente, cuando la información es de mala calidad, falta empatía o respeto, o cuando las conductas de comunicación verbal y no verbal con el paciente son inapropiadas. (Díaz-Martínez, Cuesta Armesto, & Díaz Rojas, 2020).

Es evidente que los pacientes prefieren obtener información más clara y completa sobre su diagnóstico. En 1982, el 96 % de los estadounidenses deseaban conocer la verdad sobre un posible diagnóstico de cáncer y el 86 % deseaba recibir una estimación realista sobre su pronóstico en caso de un pronóstico grave. Esto también ocurre en otras naciones, incluso en áreas culturalmente diferentes a la occidental. Por lo tanto, la

comunicación es importante porque proporciona al paciente el conocimiento y el control acerca de su padecimiento, para que pueda conseguir un oportuno tratamiento que consiga aliviar su sufrimiento; asimismo, que le brinde herramientas que le permita involucrarse y tomar decisiones acerca de su cura (Díaz-Martínez, 2020).

Cabe destacar que, un estudio realizado por oncólogos del hospital general “Barrio Obrero”, en la ciudad de Asunción-Paraguay, concluyeron que los pacientes que tienen una escolaridad más baja, cuya edad es avanzada, quienes son en su mayoría varones o cuyo diagnóstico es más grave, suelen escoger un tratamiento menos agresivo. Por ello, ante esta situación, la comunicación de corto alcance generalmente es más fácil porque hay canales de comunicación más diversos disponibles y se requieren menos habilidades (Torres, A. 2022).

Asimismo, el idioma y las habilidades lingüísticas pueden ser una barrera para la comunicación. Incluso, comunicarse en el mismo idioma puede convertirse en un obstáculo si el mensaje que se desea transmitir al paciente no está claro, porque podría contener jergas y tecnicismos. Para ello, se debe hacer uso de recursos apropiados al entorno que puedan reducir los efectos de las posibles barreras de lenguaje, mediante un proceso apropiado de comunicación, el que se puede lograr mediante el uso de protocolos y manuales enfocados en esta práctica (Enríquez-Quispe, 2024).

Asimismo, el estado mental del destinatario influye en la forma como se ha recibido el mensaje; por decir, los pacientes que día a día confrontan problemas personales y se encuentran sometidos a mucho estrés son propensas a estar menos receptivos a la información en comparación a los pacientes que experimentan menos conflictos en su entorno (Torres, A. 2022).

También, se hace referencia a las actitudes, creencias y comportamientos que podrían impedir que la comunicación sea eficaz. Dentro de las barreras de comunicación, las barreras actitudinales podrían influir en esta habilidad, ya que se caracterizan por inconsistencias de personalidad, falta de autocontrol, irresponsabilidad, se resiste al cambio o carece de motivación. Por ello, los pacientes, el personal médico y todos los involucrados deben esforzarse de manera constante para superar estas barreras de actitud, para hacer de la comunicación una habilidad muy eficaz. (Sanz-Valero, 2019).

Además, las barreras culturales, también impactan en la comunicación médico-paciente, debido a los conflictos que pueden surgir a través del dialecto, costumbres, hábitos, y las diferentes formas de enseñanza. Anteriormente, se creía que estas barreras solo se manifestaban en las disparidades culturales entre países. Sin embargo, es importante recordar que, debido a los diferentes niveles de aprendizaje intelectual, mentalidad, costumbres, etc., estas diferencias también se encuentran presentes entre comunidades dentro de un mismo país, incluso entre los mismos miembros de una familia. Por lo tanto, al hablar de la salud del paciente, se debe tener en cuenta la importancia de su cultura para evitar que algún proceso que se realice durante el tratamiento se vea afectado. (Moya-Salazar, 2019).

3.7. Importancia de la comunicación al dar “malas noticias”.

Las reglas para comunicar malas noticias han sido muy útiles. No solo permiten tener un marco básico de ejecución, sino que además permiten organizar el proceso comunicativo y muestran cómo el paciente (sus necesidades y no las nuestras) es el eje desde donde se actúa. Sin embargo, estos lineamientos son recomendaciones que están

proyectadas de forma generalizada, por lo que demandan, que el profesional que se encuentre en determinada función se acople a cada caso referente a la realidad sociocultural de los pacientes y sus familiares (León-Amenero, & Huarcaya-Victoria, 2019, pág., 52).

Por lo tanto, los médicos y los pacientes que forman parte de un sistema social que establece los límites de lo que es esperable, deseable y posible, donde el papel de la familia es una fuente de apoyo y no de conflicto, son el eje de la cultura latinoamericana. Así, es esencial aprender cómo tratar a las familia cuando reciben “malas noticias”. (Bascuñán, 2013. pág., 688).

El profesional de la salud debe ser capaz de reconocer primero la respuesta emocional del paciente o de su familia y luego responder en consecuencia de esta. Por ejemplo, podrías decir: "Sé que no te gusta lo que tengo que decir". Permanecer en silencio también puede brindarles a los pacientes la oportunidad de procesar las malas noticias y expresar sus sentimientos.

El saber comunicar sigue siendo una técnica básica relativamente difícil que requiere entrenamiento para poder realizarla efectivamente. La literatura (y la práctica adquirida bajo la experiencia) recomienda invertir un poco de tiempo y esfuerzo, en la medida posible, para aprender los detalles técnicos y ponerlos en práctica en un entorno de bajo riesgo. Esto significa talleres y eventos educativos similares. Es importante que todos los médicos tengan la oportunidad de ver cómo practican los especialistas y, a la vez, recibir retroalimentación sobre su desempeño. (Mancero & Gutiérrez, 2018. pág. 41).

3.8. Dar malas noticias, impacto psicológico.

La difusión de noticias malas suele tener un impacto psicológico no sólo en los pacientes, sino también en los profesionales sanitarios.

Este impacto emocional puede afectar negativamente a la vida profesional y personal de los involucrados, entorpeciendo la capacidad de desempeñar adecuadamente sus funciones. Estos efectos psicológicos van desde la falta de concentración en el trabajo hasta la depresión.

Dar malas noticias forma parte del día a día de los profesionales sanitarios siendo una tarea muy difícil porque implica dar información incómoda a los pacientes y sus familias. A menudo esto afecta emocionalmente al paciente, aunque en otros casos puede proporcionarle alivio (Mendoza-Guillen, 2019).

Esto se debe a que los pacientes suelen experimentar molestias y desconocen la causa del dolor; entonces, una vez que saben el motivo, se sienten seguros (Arraya & Lizárraga, 2001).

3.9. Recomendaciones de cómo dar malas noticias en el contexto Latinoamericano.

La salud pública en américa latina enfrenta desafíos importantes debido a las desigualdades sociales que existen en estas sociedades. Allí, la salud de la población está determinada por factores socioeconómicos, educativos y políticos que, en última instancia, tienen un impacto negativo en la salud y el incremento de grandes segmentos de la población marginada.

Por otra parte, en el contexto latinoamericano, conforme datos establecidos por la organización panamericana de la salud (PAHO), el cáncer es una de las principales causas de muerte en la región. En el año 2022, se estimó que alrededor de 4,2 millones de personas padecen esta dolencia, y su proyección para el año 2045 es de 6,7 millones de habitantes, un aumento importante de esta afectación (PAHO, 2023a).

A su vez, los casos de demencia también van en aumento. La PAHO registra en sus estadísticas que alrededor de 10 millones de habitantes tienen demencia en la región de Latinoamérica, y la proyección para el año 2030 es de un aumento de 3,4 millones de personas. En su informe destaca qué, las mujeres presentan una brecha desproporcionada de este padecimiento, especialmente Alzhéimer. Además, resalta qué, a quienes la padecen no se le han creado entornos adecuados para llevar un tratamiento que garanticen al máximo los cuidados y respeto por la integridad personal (PAHO, 2023c).

Otras causas principales de muerte en Latinoamérica son: la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus y la violencia interpersonal. Aunque las dos primeras causas representan situaciones degenerativas en los pacientes, y están ligadas a la revelación de un diagnóstico, ante las cuales se puede prolongar la estimación de vida, si se da el debido tratamiento; no sucede lo mismo, cuando se recibe una noticia de un suceso repentino causado por agresiones intencionales, es decir, por la violencia interpersonal. Para ello, también es necesario capacitarse para poder transmitir este tipo de “malas noticias”, que tienen como desenlace el deceso inesperado de la víctima (PAHO, 2023b).

Por ello, al dar a conocer, los padecimientos más recurrentes en la población se recomiendan el uso de los siguientes protocolos estratégicos:

Tabla 2

Recomendaciones para dar "malas noticias" en salud, en el contexto latinoamericano.

SPIKES-EPICEE					
Este protocolo se encuentra diseñado para dar “malas noticias” en el ámbito sanitario principalmente para pacientes que estén enfrentando enfermedades terminales como el cáncer. En la actualidad, también se lo utiliza para dar a conocer el **diagnóstico** de enfermedades degenerativas como la diabetes o que requieren de un tratamiento inmunosupresor como la artritis reumatoide.					
Setting Entorno	*Perception* Percepción	*Information* Información	*Knowledge* Dar a conocer	*Empathy* Empatía	*Summary* Estrategia y Resumen
Se limita a la: Privacidad Participación de Familiares Buscar comodidad	Hace referencia a: ¿Qué comprendió el paciente? ¿Qué conoce de	Da a información acerca de: Lo que el paciente necesite saber acerca de su diagnostico Advertencias acerca de su actual situación. Responde dudas Se hace uso de la gentileza.	Hace uso de: Lenguaje claro Analiza el entorno mediante el nivel educativo, socio-cultural y su	Identifica: Emociones Causa o fuente de la emoción Se permite la expresión	Se dedica a: Resumir Identificar los malentendidos Presentar un plan de acción

Contacto Escucha activa Prevenir interrupciones	su diagnóstico? Aceptar la negación		estado emocional. Expresa de forma clara cada hecho No alimenta ningún tipo de esperanza.	de emociones Da respuesta a las emociones	Comparte las responsabilidades Muestra la secuencia de citas.

SPIKES-DEMENTIA / EPICEE-DEMENCIA

Este protocolo SPIKES-D cuenta con los mismos pasos del SPIKES/EPICEE, sin embargo, tiene sugerencias delimitadas a la Demencia, a continuación, su explicación:

Para la preparación del encuentro se debe realizar una evaluación neuropsicológica. Luego, organizar las neuroimágenes y los resultados del laboratorio. La presencia de sus familiares o	Se deben realizar preguntas al pacientes referentes a su memoria, por ejemplo: ¿Cómo te sientes con	Este paso es esencial, se va a discutir con el paciente acerca de los episodios que tendrá con la pérdida de memoria y la validez que se dará a sus “quejas” cognitivas.	Se debe dar a conocer al paciente y a sus familiares el diagnóstico y los niveles de la pérdida de memoria: envejecimiento (leve), deterioro cognitivo leve (medio), y demencia (fuerte). Dejando claro que la	En este paso se debe dar mayor espacio a las emociones, porque las personas que sufren demencia les toma más tiempo procesarlas.	Se debe dar información acerca de la rehabilitación cognitiva y funcional que se encuentre disponible.

cuidadores es de vital importancia.	estos episodios de pérdida de memoria?	demencia es el caso más extremo y, consecutivamente se irá dando la pérdida de memoria.

GRIEV_ING

El uso de este protocolo sirve para dar malas noticias ante un fallecimiento, aquí se enumeran el listado de recomendaciones que se deberían considerar ante este tipo de notificación:

Gather / Reunir	Se espera la presencia de todos los familiares para notificar el fallecimiento.
Resources / Recursos	Se investiga acerca de los recursos que tienen disponibles (funerarios, económicos, legales) En caso de no tenerlos, se facilita el acceso a estos recursos.
Identify/Identificar	Se dio a conocer el nombre completo del paciente. El encargado de notificar el fallecimiento se ha presentado. Ha mencionado el cuidado que le dio al paciente. Tenía conocimiento acerca de la información dada con anterioridad a los familiares. Evitó hablar con rodeos, fue cauteloso, claro y directo acerca del acontecimiento. Hizo uso de frases introductorias como lamentar el fatídico desenlace.
Educate/ Educar	Dio a conocer de manera cronológica cada acontecimiento que tuvo el paciente antes de morir.

	Dio a entender de forma clara y precisa la causa que provocó la muerte del paciente. Utilizó un lenguaje acorde al contexto cultural del paciente, sin jergas ni tecnicismos. Realizó un resumen importante ante los familiares con la seguridad que su mensaje fue debidamente receptado.
Verify/ Verificar	Hizo uso de la frase “ha fallecido/muerto …” No utilizó eufemismos como: “se nos fue, se adelantó, ya está en un lugar mejor…” Evitó tecnicismo como: defunción
Space/ Espacio	Fue atento y no tuvo prisas en cuanto a la interacción con los familiares. Fue observador ante la reacción de los familiares y les dio el espacio para que asimilaran la noticia.
Inquire/ Preguntar	Les permitió a los familiares realizar preguntas. Les dio espacio a los familiares para que compartan su punto de vista y si tenían clara la información. Corrigió los malentendidos de forma inmediata.
Nuts and Bolts/ Información Básica	Realizó el post-mortem del paciente de forma prudente: a. Arreglos funerarios b. Donación de órganos c. Autopsia Artículos personales

Dar/ Give	Esta dispuesto a seguir contestando las dudas/inquietudes de los familiares. Brindó a los familiares los detalles de cómo acceder a los servicios que requieran: trabajo social, funerarios, religiosos o legales.

Fuente: Protocolos de comunicación en “malas noticias” en salud: limitaciones, desafíos y propuestas (2022).

Uno de los elementos más utilizados para comunicar malas noticias es el llamado protocolo "SPIKES". Se ha demostrado que es un formato especializado para entrenar habilidades de comunicación médico-paciente, ya que también se puede utilizar para enseñar habilidades de comunicación en otros entornos de atención médica, como lo es la demencia (Bascuñán & Luengo-Charath, 2022, pág. 24).

Por otra parte, este protocolo considera como abordar la entrega de malas noticias en entornos donde la cultura es tan distinta, ya que Latinoamérica se encuentra dividido por escenarios autónomos e individualistas; y a su vez, por modelos paternalistas, comunitarios y familiares, quienes se desenvuelven en una región que siempre está en búsqueda de su entrañable identidad, la cual ha querido ser arraigada por la hegemonía del primer mundo.

Además, ya ha sido adaptado a otros entornos, porque las identidades culturales difieren de un país a otro. En Brasil, se adaptó el modelo SPIKES al modelo P-A-C-I-E-N-T-E, que es similar en contenido al modelo anterior, pero añade un séptimo paso que es “no dejar al paciente”. En culturas muy diferentes a la latinoamericana, como la de Irán, las familias suelen ser reacias a revelar la verdad y piden a los médicos que oculten la verdad a sus pacientes para protegerlos. Sin embargo, cuando se pregunta a los pacientes sobre sus preferencias, la mayoría quiere que se les diga la verdad, una tendencia que se vuelve más pronunciada con niveles más altos de educación (Rodriguez, 2023).

A medida que la práctica de la medicina y su formación se globalizan, es fundamental que el personal médico se encuentre equipado con las herramientas para

ejecutar estas interacciones interculturales de manera más efectiva. Es evidente que se necesita un enfoque más global, y estas diferencias culturales pueden crear dilemas. Los médicos deben ser conscientes de estas diferencias y estar preparados para abordar con sensibilidad estos sucesos, especialmente si se llega a dar la muerte del paciente. La comunicación debe girar alrededor de la voluntad del paciente, y toda información entregada debe buscar satisfacer el requerimiento de este; sin embargo, bajo estas circunstancias la prioridad es su familia. Por estas razones, también se recomienda el uso de la nemotecnia GRIEV_ING, la cual brinda una serie de pasos que se deben utilizar para dirigirse a los familiares del fallecido.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La comunicación de “malas noticias” está sujeta a la realidad de cada entorno por tanto el médico, para dar una mala noticia debe contemplar aspectos como: educación, creencias religiosas, edad y características culturales. De igual manera, el profesional de salud no solo debe enfocarse en lo que va a decir, sino en cómo lo va a hacer, entendiendo que el lenguaje no verbal es una de las principales formas de transmisión del mensaje, donde la manera de comunicar, no solamente el lenguaje a utilizar por el profesional en salud tiene que ser de fácil comprensión y no técnico, empático y comprender la realidad del paciente. También, se deberá considerar la diversidad cultural que tiene la región, ya que aquí se asocian los valores y prejuicios que se ven afectados por la capacidad distintiva de la comprensión de códigos entre médicos y pacientes.

Existen alrededor de catorce protocolos para comunicar “malas noticias” en el ámbito sanitario, los cuales sugieren generalmente que el profesional tenga una oportuna preparación emocional para confrontar cada situación, que haga reconocimiento del entorno para que utilice las herramientas necesarias que le permitan establecer una adecuada comunicación con el paciente; además, se le recomienda no utilizar eufemismos ni palabras técnicas que alteren las emociones y reacciones del paciente.

Las guías y protocolos de comunicación de malas noticias se enfocan en el cáncer y los cuidados paliativos, pero no en otros tipos de enfermedades. Se ha descubierto que dentro de las principales preocupaciones de los pacientes en manejo paliativo se encuentran el miedo a la muerte, el dolor, los cambios en las relaciones interpersonales,

la pérdida de roles y las limitaciones económicas. Por lo tanto, es un tema fundamental y un desafío en la oncología actual discutir el pronóstico y las opciones de tratamiento en este contexto. Sin embargo, la comunicación de malas noticias debe extenderse a otros padecimientos y desenlaces, tomando como extremo la pérdida repentina de una vida.

Por otra parte, determinados países de Latinoamérica han creado guías para dar “malas noticias”; sin embargo, están destinados para fines de cuidados paliativos.

Los profesionales de la salud no han recibido una mayor capacitación para transmitir malas noticias en las aulas, ni tampoco saben cómo manejar la carga emocional que conlleva transmitirlas. Cuando se piensa incluir el entrenamiento en dar malas noticias en el currículo, se debe tener en cuenta la diferencia que existe entre la práctica médica y la experiencia simulada. Si el curso solo utiliza el juego de roles como herramienta de aprendizaje, los estudiantes no reconocerán las diferencias entre ambos ambientes y sus capacidades se verán limitadas.

El paciente está sujeto a deberes y derechos en este contexto, uno de ellos es querer saber o no acerca de su padecimiento; pero no debe tergiversar o desentenderse de su situación ya que esto puede alterar los procesos durante la atención médica.

Recomendaciones

Realizar estudios que involucren factores sociales, religiosos y culturales vigentes en el contexto latinoamericano donde se puedan reconocer nuevos factores que interfieran en el desarrollo integral de las habilidades de comunicación entre médico y paciente.

Desarrollar estrategias integrales que tengan como fundamento el contexto regional de Latinoamérica, considerando adaptaciones de las herramientas existentes en este ámbito.

El tema de cómo dar “malas noticias” debería estar incluido en el plan de estudios de las aulas para que los profesionales puedan desarrollar esta habilidad.

Tener en cuenta la importancia de desarrollar habilidades de comunicación y virtudes como la empatía. La comunicación de malas noticias debe ser empática, respetuosa y confidencial, entre otras cosas.

5. BIBLIOGRAFÍA

Ayala, D. (2020). Vista de fundamentos de la comunicación efectiva en el contexto médico. Edu.cu. https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalia/article/view/987/992

Banco-Mundial. (2015). Latinoamérica Indígena en el Siglo XXI. Worldbank.org. https://documents1.worldbank.org/curated/en/541651467999959129/pdf/Latinoam%C3%A9rica-ind%C3%ADgena-en-el-siglo-XXI-primera-d%C3%A9cada.pdf

Bascuñán R., M. Luz. (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

Bascuñán R., María Luz, & Luengo-Charath, M. X. (2022). Protocolos de comunicación de malas noticias en salud: limitaciones, desafíos y propuestas. Revista Médica de Chile, 150(9), 1206–1213. https://doi.org/10.4067/s0034-98872022000901206

BBC News Mundo. (2017, septiembre 26). ¿Cuáles son los países de América Latina que más y menos invierten en salud y con qué resultados? BBC. https://www.bbc.com/mundo/noticias-41399983

Belli, L. F. (2020). Recomendaciones para la comunicación de malas noticias por teléfono durante la pandemia por SARS-CoV-2. Revista Panamericana de Salud Pública [Pan American journal of public health], 44, 1–6. https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.69

Brito, N. (2023). *Vista de Comunicación asertiva de malas noticias a pacientes y familiares de cuidados paliativos*. Edu.ec. https://revistas.unibe.edu.ec/index.php/qualitas/article/view/243/379

CEPAL. (2022). Panorama Social de América Latina y el Caribe La transformación de la educación como base para el desarrollo sostenible. Cepal.org. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/3ca376cf-edd4-4815-b392-b2a1f80ae05a/content

Crespo-Gómez, B. (2023). La comunicación de las malas noticias. Uva.es. https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/60409/TFG-M2895.pdf?sequence=1

Elizondo, G. (2022). Vista de Comunicación de Malas Noticias. Revistacienciaysalud.ac.cr. https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/389/524

Enríquez-Quispe, J. A., Mendoza-Guillen, S. D., & Moya-Salazar, J. (2019). Comunicar malas noticias en medicina. Anales de la Facultad de Medicina (Lima, Perú: 1990), 80(3), 401–402. https://doi.org/10.15381/anales.803.16336

Estévez Abad, F., & Estévez Vélez, A. (2021). Comunicación efectiva en salud: evaluación de una experiencia docente en estudiantes de medicina de Cuenca, Ecuador. Revista de bioetica y derecho, 52, 85–104. https://doi.org/10.1344/rbd2021.52.34162

Francisco, S. (1999). Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. Nih.gov. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1305864/pdf/westjmed00314-0046.pdf

Fujimori, M., Shirai, Y., Asai, M., Kubota, K., Katsumata, N., & Uchitomi, Y. (2014). Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: A randomized controlled trial. Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology, 32(20), 2166–2172. https://doi.org/10.1200/jco.2013.51.2756

Goncalvez-Muñiz, A. (2022, octubre 26). Comunicación efectiva entre el profesional sanitario y los pacientes. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. https://revistamedica.com/comunicacion-efectiva-profesional-sanitario-pacientes/

Gov-Br. (2023). Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos

Leóm-Amereno, D. (2019). El duelo y cómo dar malas noticias en medicina. Edu.pe. https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/15883

Luna-Solis, Y. (2019). View of How to say bad news without compromising the patient's humanity. Gob.Pe. https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/3921/3252

Mancera-Gutiérrez, F. (2018). Notificación de muerte en el área de urgencias médicas: Un registro conductual a través del protocolo GRIEV_ING. Unam.mx. https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000781890/3/0781890.pdf

McGuin, D. (2009). Communicating bad news to patients: a reflective approach. Gale.com. https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA198808385&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=00296570&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7E3dc4a710&aty=open-web-entry#:~:text=Communicate%20bad%20news%20sensitively%20The,verbal%20and%20non%2Dverbal%20skills.

Menéndez-Fernández, E. (2022, octubre 26). Comunicación efectiva entre el profesional sanitario y los pacientes. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. https://revistamedica.com/comunicacion-efectiva-profesional-sanitario-pacientes/

Narayanan, V., Bista, B., & Koshy, C. (2010). 'BREAKS' protocol for breaking bad news. Indian Journal of Palliative Care, 16(2), 61. https://doi.org/10.4103/0973-1075.68401

Nardi, T. J., & Keefe-Cooperman, K. (2006). Communicating bad news: a model for emergency mental health helpers. International journal of emergency mental health, 8(3). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16944793/

Normativa, M. S. P. (2013). ¿Cómo informar malas noticias en situaciones de crisis? Gob.ec. http://www.hfib.gob.ec/index.php/sala-de-prensa/524-como-informar-malas-noticias-en-situaciones-de-crisis

OPS. (2023). La OPS, el bid y el banco mundial lanzan alianza para fortalecer la atención primaria de salud en las Américas. Paho.org. https://www.paho.org/es/noticias/4-12-2023-ops-bid-banco-mundial-lanzan-alianza-para-fortalecer-atencion-primaria-salud

PAHO. (2023a). *Cáncer*. Paho.org. https://www.paho.org/es/temas/cancer

PAHO. (2023b). *Causas principales de mortalidad, y discapacidad*. Paho.org. https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-discapacidad

PAHO. (2023c). *Demencia*. Paho.org. https://www.paho.org/es/temas/demencia

Pérez-García, M. (2022). Impacto psicológico de la comunicación de malas noti- cias en los intépretes médicos y en el personal sanitario. Uah.es. https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/54085/TFM_Perez_Garcia_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sanz-Valero, J. (2019). Comunicación para la salud laboral. Medicina y seguridad del trabajo, 65(256), 173–176. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2019000300173

Sobrino López, A. (2008). Comunicación de malas noticias. Seminarios de la fundación española de reumatología, 9(2), 111–122. https://doi.org/10.1016/s1577-3566(08)74928-5

Solana López, I., Juez Martel, I., Martínez Moreno, E., De Zea Luque, C., Martín Fernández de Soignie, A. M., Sánchez Baños, N., & Guerra Martínez, J. A. (2022). Humanización en la comunicación de malas noticias en el paciente oncológico y paliativo. Oncología (Guayaquil), 32(3), 266–272. https://doi.org/10.33821/639

Themes, U. F. O. (2016, diciembre 26). Communication skills. Oncohema Key. https://oncohemakey.com/communication-skills/

Torres-Alorda, A. (2021). ¿Cómo dar malas noticias en salud de manera eficaz? protocolo de actuación y formas de enseñanza en ciencias de la salud. Uib.es. https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/159227/Torres_Alorda_Ainhoa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Villagran, M., Goldsmith, J., Wittenberg-Lyles, E., & Baldwin, P. (2010). Creating COMFORT: A communication-based model for breaking bad news. Communication Education, 59(3), 220–234. https://doi.org/10.1080/03634521003624031