

# Habilidad de los médicos residentes para comunicar malas noticias

## Medical resident's skill to communicate bad news

Otto Barnaby Guillén-López<sup>1</sup> y Ana Cecilia Olascoaga-Mesía<sup>1</sup>

### RESUMEN

La comunicación de malas noticias es una habilidad clínica que todo médico debe poseer. En este estudio buscamos reconocer la manera en que los médicos residentes en un hospital nacional realizan la comunicación de malas noticias. Se encuestó a 19 residentes en un hospital público en el 2015. Se obtuvo que 100 % de los residentes no habían recibido ninguna capacitación sobre el tema a pesar que todos ellos habían dado alguna mala noticia en el último mes; 68,4 % reportaron tener sentimientos de frustración al dar malas noticias; 53,3 % de residentes reportaron que no había un lugar adecuado para dar malas noticias. Se concluye que la comunicación de malas noticias es una actividad frecuente en la práctica médica pero que generalmente no se enseña.

**PALABRAS CLAVE.** Comunicación, malas noticias, habilidad, médico, residente.

### ABSTRACT

Breaking bad news is a clinical skill that every physician should possess. In this study, we seek the way in which the medical residents were communicating bad news in the hospital. Nineteen residents were surveyed in a public hospital in 2015. It was found that 100 % of residents had not received any training on the subject although all had given some bad news in the last month. Feelings of frustration in breaking bad news were found in 68,4 %. Besides, 53,3 % of the residents reported that there was not an adequate place to give bad news. It is concluded that breaking bad news is a frequent activity in medical professional practice but it is not generally taught.

**KEYWORDS.** Communication, bad news, ability, medical, resident.

### INTRODUCCIÓN

El médico tiene como una de sus tareas principales la búsqueda del bienestar y la buena salud de las personas pero, muchas veces, también está encargado de dar malas noticias (MN) a pacientes o familiares (por ejemplo: comunicar un fallecimiento, la mala evolución de una enfermedad o dar un diagnóstico de alguna enfermedad maligna, incurable o crónica). Sin un entrenamiento adecuado, la experiencia de dar MN puede ser nociva tanto para los pacientes como para los médicos.

La comunicación de MN debería ser una habilidad que se adquiera durante la formación de los futuros médicos al mismo tiempo que se adquieren las habilidades clínicas para la anamnesis y el examen físico, el razonamiento y el juicio clínico. En varias facultades del mundo la enseñanza para dar MN comienza en el pregrado,<sup>1</sup> y en muchas otras se dan cursos en el posgrado.<sup>2</sup> Existen diversas técnicas publicadas para dar MN: la ABCDE de Rabow y McPhee<sup>3</sup> o los siete pasos de Bennett y Alison<sup>4</sup> y el modelo SPIKES de seis pasos de Buckman.<sup>5</sup>

1. Médico internista. Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Departamento de Medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima

En Perú, en la mayoría de facultades de medicina no se entrena a los alumnos para dar MN y, generalmente, los médicos egresan de la universidad sin estar adecuadamente preparados en el tema y sin ninguna experiencia real ni simulada. Uno de los escasos estudios sobre comunicación de MN en Perú<sup>6</sup> reportó que 72 % de los profesionales de la salud (médicos, enfermeras y obstetras) en un hospital del seguro social no había recibido capacitación alguna sobre comunicación de MN.

El presente estudio tuvo como objetivo explorar las prácticas de comunicación de MN y las percepciones sobre comunicar MN en los residentes de especialidades clínicas en un hospital público de Lima.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En noviembre de 2015 se aplicó un cuestionario a todos los médicos residentes de Medicina interna y especialidades clínicas de la sede Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), en Lima, como parte de la evaluación de necesidades de aprendizaje sobre el tema de comunicación de MN que se hizo previamente al diseño de un curso de Comunicación para Residentes. Estos médicos tenían al menos un año de experiencia profesional en el ejercicio de la medicina antes de ingresar al hospital y al menos cuatro meses de trabajo como médico residente en el HNAL.

Para recoger la información se utilizó un cuestionario diseñado exclusivamente para explorar necesidades de aprendizaje en esta población. Dicho cuestionario constó de 14 preguntas estructuradas (información cuantitativa) y una pregunta no estructurada para relatar en sus propias palabras la estrategia que utilizan para dar MN (información cualitativa).

El cuestionario fue entregado a los residentes para ser llenado libremente en el momento que crean conveniente y se les pidió que lo devolvieran dentro de las 48 horas siguientes. Se encuestó a 19 médicos residentes, de los cuales 57,9 % fueron varones. El promedio de edad fue 29,3 años (rango: 26-50 años). Doce fueron residentes de primer año, cuatro residentes de segundo año y tres residentes de tercer año. No se diferenciaron resultados según año de residencia.

Los datos obtenidos se ingresaron a una tabla de Excel. Se realizó estadística descriptiva, con medidas de frecuencia y de tendencia central.

## RESULTADOS

El total de residentes (100 %) mencionó que nunca había recibido ninguna capacitación para dar MN, a pesar que todos mencionaron que alguna vez habían dado MN en su relación médico-paciente. Sobre cuántas veces habían dado MN en el último mes: 15,8 % habían dado MN más de cinco veces en el mes; 36,8 % habían dado una sola vez; y, el restante 58,6 % habían dado MN entre dos a cinco veces en el último mes.

Cuando se preguntó por quién era el profesional que generalmente brindaba las MN a los pacientes en el hospital, solo 10,5 % mencionaron que el médico asistente del área respectiva era el único que daba la MN, mientras que 73,7 % indicaron que solo el residente era el que daba las MN en el hospital; 15,8 % restante reportaron que tanto el residente como el asistente daban las MN. En cuanto al área del hospital donde se daban las MN: 47,4 % la daban tanto en emergencia como en hospitalización; 42,1 % solo en hospitalización; y 10,5 % solo en emergencia.

El espacio físico del hospital donde se daba la MN fue variable (Tabla 1), pero la mayoría (68,4 %) utilizaba algún pasillo del hospital en algún momento para dar MN.

Las situaciones de salud más frecuentes para dar la MN fue el caso de una enfermedad terminal (84,2 %) y en caso de muerte (31,6 %). Las reacciones más frecuentes de los familiares y pacientes al recibir la MN, identificadas por los residentes, fueron resignación (77,8 %), pena (61,1 %) y angustia (50,0 %) y, en menor medida, confrontación y queja (Tabla 1).

Cuando se les preguntó a los residentes sobre qué sentimientos habían enfrentado ellos al dar MN, la mayoría refirió sentimientos negativos como frustración (68,4 %) y temor (15,8 %); y, pocos reportaron sentimientos positivos de seguridad (26,3 %) y confianza (21,1 %) (Tabla 2).

Por último, se preguntó sobre qué barreras percibían cuando daban las MN y ellos identificaron entre otras cosas que los pacientes y/o familiares tenían falsas expectativas (66,7 %) y que faltaba un espacio físico adecuado para dar MN (53,3 %) (Tabla 2).

En la parte cualitativa de la encuesta se preguntó “¿cuál es la estrategia que utiliza para dar MN?” Solo cuatro residentes indicaron dos ideas principales: en primer lugar, conocer el punto de vista del paciente o familiar y, en segundo lugar, explicar con claridad el diagnóstico, pronóstico y tratamiento (Tabla 3).



Tabla 1. Espacios físicos, situaciones de salud y reacciones de pacientes

|  | N  | %    |
|--|----|------|
| • En qué espacio físico del hospital dio la mala noticia?  |    |      |
| – Solo en el pasillo   | 9  | 47,4 |
| – Solo al lado de la cama del paciente ( <i>bedside</i> )  | 3  | 15,8 |
| – Solo en sala de Hospitalización (Sala)   | 3  | 15,8 |
| – <i>Bedside</i> + Pasillo + Sala  | 2  | 10,5 |
| – <i>Bedside</i> + Pasillo   | 1  | 5,3  |
| – Pasillo + Sala   | 1  | 5,3  |
| – Consultorio  | 0  | 0,0  |
| • Situación de salud más frecuente (patología o problema médico).<br>(más de una respuesta por residente)                              |    |      |
| – Enfermedad terminal  | 16 | 84,2 |
| – Muerte   | 6  | 31,6 |
| – Agravamiento de enfermedad aguda   | 5  | 26,3 |
| – Descompensación de enfermedad crónica  | 3  | 15,8 |
| • Reacción más frecuente del familiar o el paciente<br>cuando recibió la mala noticia (N = 18)<br>(más de una respuesta por residente) |    |      |
| – Resignación  | 14 | 77,8 |
| – Pena   | 11 | 61,1 |
| – Angustia   | 9  | 50,0 |
| – Comprensión  | 6  | 33,3 |
| – Confrontación  | 1  | 5,6  |
| – Queja  | 1  | 5,6  |

Tabla 2. Sentimientos y barreras que enfrenta el residente  
(más de una respuesta por residente)

|   | N  | %    |
|---|----|------|
| • Sentimientos propios que enfrenta<br>al dar la mala noticia                                   |    |      |
| – Frustración   | 13 | 68,4 |
| – Temor   | 3  | 15,8 |
| – Angustia  | 2  | 10,5 |
| – Nerviosismo   | 2  | 10,5 |
| – Seguridad   | 5  | 26,3 |
| – Confianza   | 4  | 21,1 |
| • Barreras que percibe el residente al dar malas noticias<br>(más de 1 respuesta por residente) |    |      |
| – Falsas expectativas del paciente y familiar   | 10 | 66,7 |
| – Falta de espacio adecuado   | 8  | 53,3 |
| – Negación  | 5  | 33,3 |
| – Nivel cultural bajo   | 5  | 33,3 |
| – Reacciones de los pacientes   | 3  | 20,0 |
| – Desconfianza de los pacientes   | 3  | 20,0 |
| – Falta de tiempo   | 0  | 0,0  |

Tabla 3. Estrategia utilizada (N = 4)  
(más de 1 respuesta por residente)

|   | N |
|---|---|
| • "Explicar el pronóstico claramente"                       | 2 |
| • "Conocer qué expectativa tiene el paciente y/o familiar " | 2 |
| • "Preguntar qué conoce del estado de salud del paciente"   | 2 |
| • "Dar a conocer que se está haciendo lo necesario"         | 1 |
| • "Ser directo"   | 1 |
| • "Explicar el diagnóstico y las opciones de tratamiento"   | 1 |
| • "Hablar con el familiar más cercano"                      | 1 |

## DISCUSIÓN

En la encuesta se evidenció que 100 % de médicos residentes no habían recibido nunca una capacitación sobre comunicación de MN, a diferencia del estudio que reportó que 72 % de profesionales de la salud en un hospital de Perú no la habían recibido.<sup>6</sup> En México, en una encuesta solo a médicos ya especialistas, se encontró que 77,5 % no habían recibido ningún entrenamiento en cómo dar MN.<sup>7</sup> Lo mismo se encontró en Cuba, en médicos que manejaban pacientes con enfermedades neurodegenerativas, 75 % de no habían recibido ninguna capacitación formal.<sup>8</sup>

Entonces, la falta de capacitación sobre comunicación de MN es una característica común de los profesionales médicos y a pesar de esto todos son enfrentados a dar MN.

En el presente estudio, el total de los residentes encuestados ya había dado, al menos una vez, alguna MN a alguien en los más de cuatro meses que tenían laborando en el hospital. Esto concuerda con el reporte que 97,8 % de médicos especialistas se enfrentan al hecho de dar MN.<sup>7</sup> Inclusive, en el presente estudio, 74,4 % de los residentes dieron MN dos o más veces en el transcurso de un mes, y 73,7 %, sin ninguna supervisión por algún médico de mayor rango. Posiblemente, por esto muy pocos reportaron sentimientos positivos de seguridad y confianza cuando comunicaban la MN y, en cambio, la mayoría presentó sentimientos negativos de frustración y temor, los que pueden contribuir al desgaste profesional o *burnout* del residente y a la falta de satisfacción del paciente o familiar.

Por otro lado, los residentes encuestados reportaron que percibieron sentimientos negativos en los pacientes y/o familiares a quienes daban la MN, principalmente pena y angustia, tal como se describe en varias revisiones sobre el tema, sentimientos que el médico debe

saber afrontar y manejar.<sup>3,4</sup> Entonces, si existiera una capacitación en comunicar MN desde pregrado, tanto los mismos médicos como los pacientes y familiares tendrían mucho beneficio.

Otro dato importante recogido en la encuesta es la falta de espacio adecuado para poder comunicar las MN a los pacientes en el hospital, al punto de que la mayoría de los residentes tienen que darlas en el pasillo o al lado de la cama del paciente. Estos son lugares incómodos y con falta de privacidad que dificultan una adecuada comunicación, entendimiento y adaptación del paciente y/o familiar a la MN, tal como se reportó un estudio donde todos los entrevistados consideraban que un pasillo no debe ser el lugar para hablar con el paciente y/o familiar sino un lugar más privado como una oficina.<sup>9</sup> En contraste, otro estudio reportó que 89,9 % de los médicos daban las MN en alguna área privada.<sup>7</sup> En Perú, la falta de espacios adecuados responde a un limitado espacio físico para la atención de los pacientes en los hospitales públicos.

La MN más frecuente comunicada por los médicos residentes en el hospital fue una enfermedad terminal (82,0 %) y en segundo lugar fue la muerte de un paciente (31,6 %). Esto es diferente a otro estudio<sup>4</sup> que halló que comunicar la muerte fue la MN más frecuente (46,0 %) comparada con ofrecer un diagnóstico de una enfermedad de mal pronóstico (30,0 %). Además, este estudio reportó como MN la discusión del posible manejo al término de la vida (19,0 %) que no se incluyó en las alternativas de la encuesta, ya que se consideró como posible sesgo.

Por último, cuando se explora la estrategia que utilizaban los médicos residentes, se observa que, sin haber estado capacitados para comunicar MN, algunos utilizaban estrategias incluidas en el protocolo de Buckman sobre comunicación de MN como 'conocer lo que sabe el paciente (o familiar) sobre su estado de salud', que forma parte del paso 2 del modelo SPIKES: evaluar la Percepción del paciente.<sup>5</sup> No obstante, como describe Buckman, este no es el único paso ni el primero que debe seguirse en la comunicación de MN.

Por esto, debe ser obligatorio entrenar a los futuros médicos en esta habilidad importante para que la desarrollen de una forma sistematizada y estandarizada. No se debe esperar a que esta habilidad se aprenda con la experiencia, de una forma empírica, con el riesgo de que no lo aprendan nunca de la manera adecuada. Se propone, por esto, que la capacitación se inicie desde pregrado en las facultades de medicina, inclusive antes de tener contacto directo con los pacientes, y que se

fortalezca a nivel de postgrado, durante los años de especialización del médico. Para este entrenamiento se debe hacer uso de herramientas de aprendizaje práctico como la simulación y el juego de roles.<sup>1,2</sup>

Por lo expuesto, recomendamos:

- Incluir el entrenamiento en comunicación de MN en el plan curricular de la carrera de medicina humana, según algún protocolo ya estandarizado para esto, por ejemplo, el modelo SPIKES.
- La capacitación debería iniciarse en pregrado antes de que el alumno tenga sus prácticas preprofesionales y debería reforzarse en el posgrado.
- Cada área de un hospital o establecimiento de salud debería contar con un área privada para comunicar MN y disponible en todo momento del día.
- La comunicación de MN puede hacerla el médico residente, si está capacitado en el tema, e idealmente con la supervisión o acompañamiento de un médico con más experiencia

En conclusión, la comunicación de malas noticias es una actividad frecuente del médico en su práctica profesional; sin embargo, muy pocos han recibido alguna capacitación formal sobre el tema en su formación médica antes de la segunda especialización.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. *CMAJ*. 1997;156:1159-64.
2. Liénard A, Merckaert I, Libert Y, Bragard I, et al. Is it Possible to Improve residents breaking bad news skills? A randomized study assessing the efficacy of a communication skills training program. *Br J Cancer*. 2010;103:171-7.
3. Andrea Herrera A, Ríos M, Manríquez JM, Rojas G. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Rev Med Chile*. 2014;142:1306-1315.
4. Vandekieft GK. Breaking Bad News. *Am Fam Physician*. 2001;64:1975-8.
5. Baile WV, Buckman R, Beale E, Lenzi R, Glober G, Beale EA, et al. Spikes-A Six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
6. Bardales AF, Querevalú DL, Maquera-Afaray J. Comunicación de malas noticias: experiencia en un hospital del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(3):601-10.
7. Del Campo AM, Romero-Cabello R, et al. ¿Cómo transmite malas noticias el médico especialista? Estudio realizado con médicos especialistas del Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen Méx*. 2012;75(2):76-83.
8. Martín I, Trujillo C. Comunicación de malas noticias a pacientes con enfermedades neurodegenerativas. *Rev Latinoam Bioética*, vol. 9, núm. 2, julio-diciembre, 2009, pp. 76-85. URL disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1270/127020306006.pdf> (Acceso: 5 de junio de 2017).
9. Aranda Sánchez CI, Cedillo Zaragoza R, Del Campo Acosta MG, et al. Factores que influyen y dificultan la comunicación de malas noticias en el personal de salud. *Acta Univers*. 2014;24(5):20-26.

CORRESPONDENCIA: Dr. Otto Guillén López.  
otto.guillen.l@upch.pe

FINANCIAMIENTO: por los autores.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: ninguno, según los autores.

FECHA DE RECEPCIÓN: 7 de junio de 2017.

FECHA DE APROBACIÓN: 20 de junio de 2017.