

EL ARTE DE COMUNICAR MALAS NOTICIAS EN EL ÁMBITO PREHOSPITALARIO

T. Pacheco Tabuena

Subdirección General SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid. Madrid. España.

RESUMEN

La tarea de comunicar malas noticias no es fácil para ningún profesional; además, es una tarea para la que normalmente el personal sanitario recibe poca o nula formación. Dentro del área de emergencia prehospitalaria, el personal sanitario frecuentemente ha de comunicar el fallecimiento de un ser querido a familiares y/o allegados en situaciones que se caracterizan por ser inesperadas, rápidas, con sobreestimulación ambiental y de elevado impacto emocional.

El presente artículo revisa, en primer lugar, cuáles son las actitudes que presenta el personal sanitario frente a la comunicación de malas noticias así como las reacciones que podemos encontrar en el receptor de la mala noticia. En segundo lugar, se exponen los factores involucrados en este proceso (habilidades de comunicación del profesional, ciclo vital del receptor y proceso inicial de duelo). Por último, se describen cuáles son las fases que componen el proceso de comunicar malas noticias adecuadas al medio prehospitalario.

Como conclusión del presente trabajo podemos decir que se considera necesario el entrenamiento del personal sanitario en este difícil proceso comunicativo con el fin último de mitigar el impacto a corto, medio y largo plazo que supone una pérdida. **Palabras clave:** comunicación; malas noticias; duelo.

INTRODUCCIÓN

Una mala noticia es la que supone siempre consecuencias negativas, la que altera las expectativas o planes de futuro de nuestro interlocutor y la que en sí supone el inicio de una crisis vital para el individuo.

Dentro del área de la emergencia prehospitalaria, hay una función muy frecuente para el personal sanitario (médicos y/o psicólogos, principalmente) que es el comunicar una mala noticia a familiares y/o allegados, y la más frecuente y a su vez difícil, es comunicar el fallecimiento de un ser querido. En esta área, la comunicación de una mala noticia se caracteriza por darse en un

entorno de elevado impacto emocional, tanto para los pacientes como para los profesionales, en los que hay una solicitud de ayuda y atención inmediata, con escenarios particulares fuera de la comodidad de los despachos, y más cerca de un trabajo en el aquí y en el ahora en el que se ponen en marcha todas las estrategias y recursos de los que dispone el profesional sanitario¹.

La tarea de comunicar malas noticias no es fácil para ningún profesional y, además, es una tarea para la que normalmente el personal sanitario recibe poca o nula formación. Por tanto, el objetivo del presente artículo será revisar cuáles son las habilidades que todo profesional ha de poseer y desarrollar para realizar una adecuada comunicación de malas noticias, con el fin último de reducir el impacto que supone la información y permitir un adecuado afrontamiento del suceso.

LA VIVENCIA DE DAR Y RECIBIR UNA MALA NOTICIA

En primer lugar, se debe reflexionar acerca de cómo el profesional vive el tener que dar una mala noticia, donde podemos encontrar reacciones adecuadas y de normalidad, pero también podemos encontrar reacciones negativas o inadaptables que van a entorpecer notablemente el proceso comunicativo y el proceso de afrontamiento que ha de ponerse en marcha en ese mismo momento. Las reacciones pueden ser de huida o evitación, angustia, ideas de referencia con nuestro interlocutor, distanciamiento o finalización rápida de la intervención², y éstas son el reflejo de poca formación, preparación técnica y personal, así como una barrera que el profesional posee para evitar el malestar psicológico que le causa dar una mala noticia.

En este sentido, no se puede dejar a un lado el tipo de actitudes que presenta el profesional, ya que la ansiedad ante la muerte está también muy íntimamente relacionada con la historia personal, cultural y con nuestros estilos de afrontamiento ante las separaciones y los cambios, episodios muy unidos a nuestras ansiedades y nuestro miedo a causar dolor, a ser culpado, al fallo terapéutico, miedo a decir «no sé», miedo a expresar emociones, miedo a lo desconocido e incluso a nuestra propia muerte³. Así, se observa como en un estudio donde se analizaron las actitudes de personal sanitario

Dirección para correspondencia: T. Pacheco Tabuena, SAMUR-Protección Civil (Despacho Psicólogo de Guardia), Ronda de las Provincias, s/n, 28011 Madrid. España. Correo electrónico: pachecott@munimadrid.es

ante la muerte, encontraron que en ocasiones éstos presentan actitudes distorsionadas como no querer nombrar a la muerte o a las patologías «que las atraen», no mirar cara a cara al paciente o familiar, incongruencias y disonancias entre la comunicación verbal y no verbal, así como el aumento de la atención tecnológica en detrimento de la empáticoafectiva⁴.

Todos estos datos nos confirman que no sólo nuestra experiencia o preparación profesional va a ser importante en este proceso, también nuestro bagaje personal influirá notablemente.

Por otro lado, podemos analizar la forma en que las personas reciben una mala noticia, centrándonos en una situación específica como la que se da en emergencia prehospitolaria, donde el familiar o allegado se enfrenta a una muerte normalmente inesperada, rápida y que en muchas ocasiones se produce en un entorno diferente al que la mayoría de las personas estamos acostumbrados a que fallezca un familiar, la vía pública o lugares públicos. Por tanto, las reacciones que encontramos pueden ser muy diferentes y variarán en función de factores como lo previsible o inesperado del suceso, la relación con el fallecido, la personalidad de nuestro interlocutor y sus experiencias previas, el tipo de muerte (no es igual el fallecimiento por parada cardiorrespiratoria en una persona con patología cardíaca que por suicidio), el lugar del fallecimiento, la edad del fallecido y las creencias religiosas de quien recibe la noticia.

Las reacciones pueden ser principalmente de negación («no es posible, creo que se está usted se está confundiendo, no es mi hijo y se trata de otra persona»), de shock emocional como un elevado nivel de activación o paralización, de irrealidad («sensación de estar en una pesadilla o un mal sueño»), de impotencia («no voy a ser capaz de seguir adelante con mi vida»), sentimientos de culpabilidad («si no hubiera discutido con ella, no habría pasado esto») o sentimientos de reproche hacia los servicios de emergencia («le han dejado morir en la calle como un perro»).

No obstante, independientemente de la reacción que podamos encontrar en los familiares, el profesional ha de tener en cuenta que el objetivo de su intervención no es reducir el dolor ante la pérdida sino favorecer el adecuado enfrentamiento ante ésta.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Podemos distinguir diferentes factores que pueden facilitar o interferir en nuestra tarea:

Habilidades de comunicación del personal sanitario

El proceso comunicativo que se establece con los familiares y/o allegados será determinante durante toda la

intervención, ya que podemos facilitar u obstaculizar la adaptación del sujeto a la nueva situación. Se debe tener en cuenta que la mala noticia supondrá, para quien la recibe, una ruptura entre las expectativas que tenía respecto a su futuro antes de recibirla y de las que se generan posteriormente.

Gómez-Batiste et al⁵ señalan cuáles son los efectos positivos de una adecuada comunicación: disminuye la ansiedad, así como ciertas conductas disfuncionales; aumenta la capacidad en la toma de decisiones; mejora el proceso de adaptación del paciente a la nueva realidad, y favorece el establecimiento de objetivos terapéuticos.

Por ello, el personal sanitario ha de potenciar todas sus habilidades comunicativas con el fin de:

- Propiciar un clima adecuado que permita la expresión emocional y verbal.
- Empatizar con nuestros interlocutores.
- Saber soportar el silencio.
- Ser neutro, evitando enfatizar el lado positivo del suceso («podía haber sido peor...»).
- Adecuar la información a las diferencias étnicas o culturales.
- Facilitar la información con calma, asegurándonos que se nos está entendiendo.

Una comunicación poco cuidada o incorrecta añadirá elementos estresantes y/o desestabilizadores a una situación que ya de por sí es impactante y estresante.

Ciclo vital

Un componente fundamental a la hora de comunicar una mala noticia será la edad o ciclo vital en el que se encuentra nuestro interlocutor, y no es igual que la comunicación se realice a un niño, adulto o anciano.

Comunicar malas noticias a menores. Se ha de prestar especial atención a la comunicación de malas noticias a menores, para la cual, en principio, se debe intentar conseguir que esta comunicación la realice alguien cercano al menor, siempre en presencia de un profesional y siguiendo una serie de pautas, que se van a revisar a continuación. No debemos confundirnos y por muy buenos profesionales que seamos, el mejor apoyo en ese momento será una cara conocida, por lo que, si es posible, debemos conseguirle que así sea.

En primer lugar, la comunicación con el menor ha de ser sincera y apropiada a su edad y nivel de comprensión, hay que ser pacientes a la hora de comunicar y estar preparados para repetir toda la información que sea necesaria, asegurándonos de que el niño comprende lo que se le está diciendo; para ello se utilizarán términos sencillos a la hora de dar la mala noticia, como «muerte» o «muerto». Asimismo, se creará un espacio en el que el niño pueda expresar libremente su tristeza

o dolor por lo sucedido. Un error común entre los adultos es creer que contener las emociones en presencia del niño siempre es algo positivo, cuando en realidad lo que le estamos enseñando es que ante el dolor o los sucesos negativos de la vida uno debe contener lo que siente; por tanto, en el caso de que sea un adulto de referencia quien realice la comunicación, se le recomendará evitar querer controlar continuamente los sentimientos, ya que es más adecuado facilitar la expresión de sentimientos.

Por otro lado, el profesional debe estar atento a los posibles secretos familiares que se establezcan en la familia, utilizados en muchas ocasiones para evitar el dolor en los niños. Hay que evitar frases como, por ejemplo, «el abuelo se ha ido de viaje», ya que con esto, lo único que se consigue es prolongar el desconocimiento que tiene el menor respecto a lo sucedido, cuando al final llegará el día en el que se entere. Es preferible explicarle lo que ha ocurrido mediante dibujos, cuentos, juegos, etc., siempre adecuados a su edad.

Además, es importante que se desculpabilice desde el principio, ya que es frecuente que los niños, para entender lo que ocurre, creen por sí mismos explicaciones al suceso que muchas veces están marcadas por la culpa o responsabilidad propia («papá ha muerto porque hoy me he portado mal...»).

A posteriori, tras la comunicación de malas noticias a un menor, es importante que hayan figuras estables dentro de la familia y el centro educativo para realizar un seguimiento del estado del menor, teniendo en cuenta que es normal que en unos primeros momentos haya cambios en su conducta (está más nervioso y desobediente, duerme mal o no quiere comer, presenta conductas regresivas, etc.) como respuesta al suceso.

Comunicar malas noticias a ancianos. Otra de las poblaciones específicas a la hora de comunicarle una mala noticia son los ancianos, se pueden encontrar sujetos que acaban de perder a su mayor o único apoyo, personas que han tenido pérdidas personales múltiples en los últimos años y que no han tenido tiempo de elaborar, así como otro tipo de pérdidas (laborales, económicas, ambientales, disminución de capacidades físicas y/o cognitivas, etc.). En este caso, se debe emplear un lenguaje sencillo y adecuado a sus capacidades, así como conseguir lo antes posible que la persona reciba apoyo social conocido como en el caso de los menores.

Inicio del proceso de duelo

Otro de los factores importantes que el profesional ha de tener en cuenta en el proceso de comunicación de malas noticias es que la propia comunicación activa el inicio del proceso de duelo.

El duelo es inicialmente un proceso normal y adaptativo por el que pasa una persona que sufre una pérdida. La duración de este proceso, así como la toma de

conciencia y afrontamiento de lo sucedido variará notablemente de una persona a otra en función de diversos factores.

«En ninguna otra situación como en el duelo, el dolor producido es total: es un dolor biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), social (duele la sociedad y su forma de ser), familiar (nos duele el dolor de otros) y espiritual (duele el alma). En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro. Toda la vida, en su conjunto, duele»⁶.

Worden⁷ refiere que hay 4 tareas que atraviesa toda persona tras una pérdida: aceptar la realidad de la pérdida; trabajar las emociones y el dolor de la pérdida; adaptarse al medio en el que el fallecido está ausente, y recolocar al fallecido y seguir viviendo⁷.

Por tanto, como profesionales que nos enfrentamos a este primer momento del proceso, debemos prestar atención principalmente a ciertos predictores de riesgo de duelo complicado⁸: *factores relacionales* (pérdida de figuras paternas en edad temprana, relación dependiente respecto del fallecido, relación ambivalente); *factores circunstanciales* (pérdida súbita por accidente, homicidio o suicidio, juventud del fallecido, no recuperación del cadáver, muerte estigmatizada); *factores personales* (edad, escasas habilidades de autocontrol del estrés, problemas de salud física y/o mental previos, duelos anteriores no resueltos, reacciones inmediatas de rabia, odio o culpa muy intensas, valoración subjetiva de escasos recursos para hacer frente a la nueva situación); *factores sociales* (ausencia de apoyo social, recursos económicos escasos, responsabilidad del cuidado hijos pequeños).

En este momento, será tarea nuestra no la de diagnosticar un duelo complicado, ya que nos encontramos en los momentos iniciales, sino la de detectar estas señales y reflejarlo donde sea oportuno para tomar las medidas que sean necesarias en un futuro inmediato por parte de familiares y/o profesionales.

MODELO DE ACTUACIÓN EN COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Una vez conocidos cuáles son los principales factores que intervienen en «el arte de comunicar malas noticias», en primer lugar, debemos establecer cuáles son los objetivos principales de una adecuada comunicación de malas noticias: minimizar el impacto psicológico de la pérdida; ayudar a la persona a poner en marcha habilidades de afrontamiento adaptativas a la situación; favorecer el desahogo emocional; apoyar en el inicio del proceso de las tareas de duelo; disminuir la probabilidad de aparición de patologías físicas y/o psicológicas, e identificar factores de riesgo e indicadores de duelo patológico.

En segundo lugar, podemos establecer 4 fases dentro de nuestra intervención:

Fase I. Toma de contacto y evaluación. Donde el personal sanitario recabará toda la información referente al suceso (qué ha sucedido, número de víctimas implicadas y mortales, allegados o familiares que se encuentran en el lugar, así como saber la información que disponen, etc.); se establecerá un lugar adecuado con la menor estimulación ambiental posible para la comunicación y se decidirá qué profesional realizará la comunicación de malas noticias; se identificará previamente a qué persona o personas realizará la comunicación, propiciando que se produzca el menor contagio emocional posible.

Acerca de este último aspecto, debemos tener en cuenta que para evitar el contagio emocional, siempre que sea posible, la comunicación de malas noticias se realiza a un máximo de 2 o 3 familiares con mayor estabilidad psicológica; sin embargo, en ocasiones nos encontramos con una única persona muy afectada o con grupos familiares muy amplios, donde la mejor estrategia es el control estimular, filtrando a las personas para comunicarles lo sucedido, sabiendo que cuando los grupos familiares se reúnen tras una pérdida, las emociones fluyen enormemente y, en ocasiones, nos encontramos con personas que tras haber recuperado un nivel de activación adecuado, cuando se reencuentran con algún familiar vuelven a presentar conductas desadaptativas. En concreto, habrá que prestar mayor atención con personas mayores y/o con patologías específicas donde el exceso de emotividad puede producir complicaciones.

Fase II. Comunicación de malas noticias atendiendo a las siguientes pautas:

- El profesional sanitario se identificará, evitando pensar que si lleva un uniforme o distintivo determinado el interlocutor conoce quien es y lo que hace allí. La presentación por parte del profesional será la base de un adecuado proceso comunicativo, reduce la incertidumbre y facilita la confianza.
- Llamar a nuestro interlocutor por su nombre, solicitando información de si hay más personas en el lugar (p. ej., si la comunicación se realiza en domicilio), estado de salud y edades.
- Facilitar que el interlocutor se siente, para contrarrestar posibles reacciones (p. ej., desmayo o mareo) que pueda tener la persona cuando se le facilita la información.
- Comunicar la mala noticia, evitando la ansiedad de espera, es decir, evitando dar vueltas, con comentarios innecesarios sin llegar a dar la información. Para ello, se utilizará la técnica narrativa, que consistirá en narrar de forma breve y concisa qué es lo que ha pasado, dónde, quién estaba implicado y cuál ha sido el resultado final: el fallecimiento de una o varias personas, asegurando que se ha hecho todo lo posible para evitarlo. Debemos comunicar el fallecimiento,

sin dejar llevarnos por nuestras propias resistencias que generan falsas expectativas («su familiar está muy grave» o mover la cabeza dando a entender que no ha sido posible hacer nada). La persona con la que hablamos ha de escuchar qué es lo que ha ocurrido: su familiar ha fallecido. De la otra forma, lo único que se fomenta es que no se ponga en marcha ninguna habilidad de afrontamiento y se genere una irrealidad en el interlocutor.

Tras la comunicación, se debe dejar tiempo para la respuesta emocional, preguntas, dudas e incluso momentos de silencio. Debido al malestar que producen estas situaciones, los profesionales, en ocasiones, y no acertadamente, tienden a utilizar frases de relleno o a minimizar lo ocurrido («entiendo perfectamente lo que siente, no se preocupe, tiene que ser fuerte, etc.»). Este tipo de verbalización se evitará en la medida de lo posible.

Posteriormente, se confirmará si la persona ha recibido adecuadamente toda la información, identificando si hay amnesia o bloqueo postinformación, ya que ciertos estudios desvelan que tras un suceso de elevado impacto emocional dicho bloqueo hace que la persona olvide un 40% de la información que se le ha dado.

Esta fase finalizará con la evaluación de la existencia de necesidades inmediatas que haya que cubrir o apoyar (p. ej., búsqueda de apoyo social-familiar), atendiendo principalmente a la confusión y desorganización que este momento de crisis produce en las personas.

Fase III. Despedida del cadáver. Normalmente, en el ámbito prehospitalario, cuando llega este momento hay opiniones diversas respecto a si es conveniente o no que la familia vea inmediatamente después de la comunicación de malas noticias a la persona fallecida.

Al respecto, podemos decir que la familia siempre tendrá derecho a despedirse en el momento en que quiera, pero el profesional también podrá valorar si es adecuado o no, siendo quizás más adecuado en las muertes violentas que la familia espere a verlo en otro entorno, como el tanatorio. Por tanto, el profesional puede sugerir no verlo si así lo considera, pero no obligar a no verlo.

No obstante, para facilitar una adecuada despedida del cadáver, los profesionales han de tener las siguientes consideraciones: en primer lugar, los profesionales sanitarios han de preparar el cadáver de forma que su visión sea lo menos impactante posible y, en segundo lugar, pero no menos importante, el profesional ha de anticipar la dureza de la imagen en forma de «visualización». Para ello, el profesional describirá cómo está colocada la persona, si está tapada y con qué, qué lesiones puede que estén visibles, etc. El objetivo último de esta breve visualización en imaginación será reducir al máximo el impacto de la imagen real, así como reducir

que esta imagen sea tan impactante como para producir que la persona la repita a modo de *flashbacks* en el futuro. De esta misma forma actuaríamos en el reconocimiento de objetos de una persona fallecida (anticiparíamos cómo están organizados los objetos y cómo será el proceso de reconocimiento).

En tercer lugar, los profesionales han de respetar la máxima intimidad de este momento, dejando tiempo para la despedida y permitiendo el contacto físico con su ser querido, siempre y cuando las autoridades competentes den su permiso, teniendo en cuenta que los casos que nos encontramos en el área prehospitalaria normalmente tienen carácter judicial.

Fase IV. Cierre de la intervención. Para finalizar la intervención, el profesional ha de asegurarse de que todas las dudas han sido resueltas; el estado emocional de las personas que se encuentran en el lugar del suceso es aceptable, es decir, las emociones más intensas están controladas; hay un apoyo social adecuado y poseen información verbal y escrita respecto a qué trámites burocráticos han de realizar a partir de ahora, puesto que la mayoría de las personas no sabe qué hacer cuando un familiar fallece, por ejemplo, en la vía pública.

CONCLUSIONES

Los receptores de las malas noticias difícilmente olvidan cómo, dónde y cuándo se les comunicó una mala noticia⁹. Por esta razón, no sólo el entrenamiento y preparación tecnosanitaria es importante en nuestro ámbito, también los profesionales necesitamos de un aprendizaje teorico-práctico como el que nos ha ocupado en este artículo.

Puede parecer para muchos que uno comunica una mala noticia del mismo modo que comunica otra cosa e, incluso, que como es algo tan frecuente y que uno lo está haciendo desde hace tanto tiempo, lo está haciendo bien. Sin embargo, este artículo pretende haber generado en el profesional una autorreflexión acerca de cómo lo está haciendo o cómo puede mejorar su que-hacer. Hay evidencia de que la actitud del profesional

y las habilidades de comunicación desempeñan un papel fundamental y decisivo en el modo en el que la familia y/o allegados abordan la pérdida. Nuestra comunicación no sólo podrá generar la puesta en marcha de ciertas habilidades, reducir la ansiedad generada inicialmente sino que podrá tener efecto en la salud física y mental posterior de nuestro interlocutor.

Por tanto, podemos concluir que todo profesional que trabaje en el ámbito prehospitalario debería conocer, en primer lugar, cuáles son los factores que intervienen de forma positiva o negativa en el proceso de comunicación de malas noticias, así como aprender las pautas esenciales que propiciarán un adecuado «arte de comunicación».

Por último, recordar que nuestra función principal en este tipo de situaciones será mitigar, pero no eliminar, el dolor de la persona ante su pérdida.

Bibliografía

1. Pacheco T. Un modelo di procedura di intervento psicologico in casi di emergenza extraospedaliera: l'esempio di Madrid. PdE. Rivista di psicologia applicata all'emergenza, alla sicurezza e all'ambiente. 2006;2:5-8.
2. Muñoz FA, Fernández S, Parada E, Martínez MJ, García A. Comunicación de malas noticias. Rev Psiquiatría Fac Med Barna. 2001;28:350-6.
3. Alves de Lima AE. ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? Rev Argentina Cardiología. 2003;71:217-20.
4. Gala León FJ, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante JM, Villaverde Gutiérrez MC, et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense. 2002;30:39-50.
5. Gómez-Batiste X, Novellas A, Albuquerque E, Schroder M. Información y comunicación en enfermos con cáncer avanzado y terminal. Cuidados Paliativos en Atención Primaria. Jano. 1997;52:66-71.
6. Montoya J. El duelo. Biblioteca Básica de Tanatología. Disponible en: <http://montedeoya.homestead.com/duelos.html>
7. Worden JW. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 2004.
8. Lacasta Reverte MA, García Rodríguez ED. Duelo en cuidados paliativos. SECPAL. Guías Médicas. Disponible en: <http://www.secpal.com>
9. Woolley H, Stein A, Forrest GC, Baum JD. Imparting the diagnosis of life threatening illness in children. BMJ. 1989;298:1623-6.