

LAS MALAS NOTICIAS EN ONCOLOGÍA

ARGELIA MELET

SERVICIO DE PSIQUIATRÍA, HOSPITAL ONCOLÓGICO "PADRE MACHADO", CARACAS, VENEZUELA

Es bastante frecuente escuchar a los pacientes comentar que el médico que les informó el diagnóstico lo hizo de una manera que describen como "insensible", "fría", "brutal" o incluso "cruel". No exageramos si decimos que el instante de recibir el diagnóstico marcará la relación del paciente con su tratante. Se convertirá en un vínculo duradero –si la actitud del médico fue acertada– o marchará hacia el rechazo del enfermo hacia su doctor, y por tanto, hacia todo lo que éste le plantee como opciones de tratamiento. Muchas búsquedas de "segundas opiniones" son simplemente el resultado de una información suministrada abruptamente.

Sabemos que el ambiente hospitalario no es, por lo general, el más propicio para dar una mala noticia. Basta pensar en la escasa privacidad, el exceso de trabajo y por ende, el corto tiempo disponible para dedicar a cada persona que recurre a la asistencia profesional, para darnos cuenta de las dificultades que confronta el médico cuando tiene que informar un diagnóstico desfavorable.

Tampoco puede ignorarse que en la transmisión de la información entran en juego dos actores: el médico, con sus características de

personalidad, y el paciente, con su carga de angustias y temores, y a su vez con una determinada forma de ser. Sin entrar en demasiados detalles, podríamos decir que existen dos extremos en el primero de los actores: el médico distante, poco empático; y el que se muestra exageradamente amistoso o demasiado preocupado por el paciente. La primera actitud tiende a producir un sentimiento de indefensión en el paciente. La segunda, podría producir la sensación de que el tratante es alguien inseguro de sus conocimientos. El punto intermedio sería lo deseable: brindar atención e información cálida y respetuosa. Cercana, mas no al extremo de parecer invasiva.

En cuanto al paciente, sólo acotaremos aquí que bien vale la pena conocer un poco de sus características: si se trata de alguien muy "nervioso" o más bien tranquilo; su nivel de información en general; o la manera como ha enfrentado situaciones críticas en el pasado. Ello puede ser una guía valiosa en el abordaje de la información.

El problema de la comunicación de noticias desfavorables es más complejo de lo que se piensa. En 1847, el Código de la Asociación Americana lo expresaba de esta manera:

"La vida de un enfermo puede ser acortada no sólo por los actos, sino también por las palabras o las maneras de un médico. Ese es, por tanto, un deber sagrado que debe cuidarse minuciosamente y evitar cualquier tendencia que pueda desanimar al paciente y deprimir su espíritu"

Recibido: 07/07/2004 Revisado: 15/07/2004

Aprobado para Publicación: 18/08/2004

Correspondencia: Dra. Argelia Melet

Servicio de Psiquiatría, Hospital Oncológico "Padre Machado",

E mail: argeliamm@cantv.net

Ahora bien, deberíamos preguntarnos por qué es tan difícil comunicar malas noticias. La respuesta no es tan simple como podría pensarse. Por una parte, hay que reconocer que los médicos hemos sido tradicionalmente entrenados en lo referente a nuestras capacidades y habilidades profesionales y técnicas, y escasamente o nada en lo tocante a la comunicación. En segundo lugar, existe cierto temor a no poder confrontarse con toda la gama de sentimientos que razonablemente despierta una mala noticia. Y es que tradicionalmente los médicos hemos sido formados en la idea de tratar el cuerpo humano, mas no el sufrimiento emocional que produce la enfermedad.

Otro factor que tampoco puede desdeñarse es la presión que ejercen muchas veces los familiares sobre el oncólogo, rogándole que “no le diga la verdad” al enfermo, por temor a que éste “se deprima” o “sufra un ataque”. Esta manera paternalista de tratar al paciente ha comprobado ser errónea, y hoy en día se sabe que la mayoría de las personas prefiere que se les hable claramente.

Sin embargo, siempre será necesario individualizar la manera de comunicar la información, puesto que hay personas que prefieren no saber demasiado, en tanto otras quieren conocer todos los detalles sobre la enfermedad, sus efectos, el pronóstico, la evolución, etc.

¿Cómo dar una mala noticia?

Aun cuando siempre debe tenerse presente que cada paciente es diferente, se han elaborado modelos para este propósito. El que presentamos pertenece a Rabow y McPhee ⁽¹⁾, y que ha sido complementado con material proveniente de otros autores ⁽²⁻⁷⁾. Evidentemente, se trata de una guía general y no de una “receta” a seguir al pie de la letra. La experiencia personal y las “horas de vuelo” siempre serán herramientas de primera línea a este respecto.

A. PREPARACION. Debe escogerse un ambiente adecuado, donde no haya riesgo de ser interrumpido, y disponer del tiempo

necesario para hablar con el paciente. Tenga a mano la información clínica relevante, opciones de tratamiento y pronóstico.

Prepárese emocionalmente y escoja con cuidado las palabras que debe decir y las que debe evitar.

B. ESTRUCTURE UN BUEN AMBIENTE DE RELACION TERAPÉUTICA. Para este fin, debe comenzar por determinar cuánto quiere saber el paciente sobre su enfermedad, y cuánto sabe en el momento actual. Si es posible, favorezca la presencia de miembros de la familia u otras personas de apoyo. Esto dependerá del deseo del paciente. Preséntese ante los familiares; pregunte sus nombres y relación con el paciente. Luego, adviértales que tiene malas noticias. Utilice el contacto físico, si lo considera apropiado. Algunas personas prefieren evitarlo en ese momento. Es preferible omitir comentarios humorísticos que puedan resultar chocantes para la persona, pero si hay una buena relación previa con el paciente, puede ser apropiada una cierta carga de buen humor. Asegúrele al paciente que usted estará disponible para él, y programe las citas posteriores.

C. COMUNICARSE CORRECTAMENTE. Indague qué saben realmente el paciente y su familia. Averigüe bien cuáles son sus expectativas antes de proporcionar la información. Hable francamente, pero de manera compasiva. Evite términos médicos no comprensibles por las personas. Utilice la palabra “cáncer”. No le tenga miedo a los silencios o las lágrimas, y no apresure al paciente para que hable (es una manera de evitar nuestra propia incomodidad frente a la situación). Siga el ritmo que marque el paciente. Intente que el paciente le diga qué ha comprendido de lo que usted le ha comunicado. Estimule las preguntas. En las visitas posteriores, pregúntele al paciente si comprende, y repita y corrija si es necesario. Es importante –muy importante- estar

consciente de que el paciente no retendrá la mayoría de lo que se le informó cuando se le comunicó la mala noticia. Por eso es conveniente utilizar gráficos y repetir la información relevante. Al concluir cada visita, haga un resumen e informe cuáles son los planes de seguimiento.

D. COMPRENDER LAS REACCIONES DEL PACIENTE Y LA FAMILIA. Siempre habrá que estar pendiente de las reacciones emocionales del paciente y sus familiares, y estar plenamente consciente de las estrategias de adaptación propias de una situación como ésta. Por ejemplo, la negación, la culpa, la incredulidad, la intelectualización o la aceptación. Asimismo, contactarse con el lenguaje corporal del paciente. En visitas posteriores, evalúe el estado emocional del paciente y esté atento a ideaciones suicidas. La empatía (que no es otra cosa que “ponerse en los zapatos del otro”) es esencial. Es apropiado decir “lo siento mucho”, “lo comprendo”, o “yo no sé”.

No critique la actuación de los otros médicos que han intervenido en el proceso del tratamiento. Ello sólo despierta dudas en cuanto a su propia intervención. Si otro se equivocó, ¿por qué no podría usted también estar errado?

E. ESTIMULE Y VALORE LAS EMOCIONES. Es fundamental ofrecer esperanzas. Aun en el caso de que no sea realista una curación,

siempre debe abrirse la puerta a la esperanza y aliento sobre las opciones disponibles de tratamiento. Por otra parte, no olvide explorar qué significan para el paciente las malas noticias. Trate de enterarse de las posibilidades emocionales y espirituales con que cuenta, y qué sistemas de apoyo tiene a su disposición. Ofrezcale referencias a las que pueda recurrir.

Igualmente, no olvide sus propias necesidades. Algunos pacientes pueden despertar en el médico sentimientos y emociones que deberían ser procesados a través de la ayuda especializada. La oncología convive con la muerte, y muchas veces las ansiedades que evoca la especialidad se ven represadas, lo cual no es sano. De allí la importancia de contar con la posibilidad de participar en sesiones, formales o informales, con psiquiatras o psicólogos que formen parte del equipo de tratamiento.

Finalmente, insistimos en que la evidencia demuestra de manera contundente que la actitud del médico y su forma de comunicar las noticias, desempeña un papel crucial en la respuesta que éste tendrá a los tratamientos y a la respuesta a la enfermedad. Los pacientes se beneficiarán enormemente si los médicos ofrecen esperanza. Es por eso que alguien dijo que “el médico es, en sí mismo, una medicina que tiene dosis, indicaciones, contraindicaciones y efectos indeseables”. De lo que se trata es de evitar estos últimos.

REFERENCIAS

1. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med.* 1999;171(4):260-263.
2. Franks A. Breaking bad news and the challenge of communication. *Eur J Palliat Care.* 1977;4(1):61-65.
3. Buckman R. How to break bad news: a guide for health care professionals. Baltimore: John Hopkins University Press, 1992.
4. Campbell EM, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news. 3: Encouraging the adoption of best practices. *Behav Med.* 1988;24(1):73-80.
5. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six steps protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist.* 2000;5(4):302-311.
6. Quill TE, Townsend P. Bad news: delivery, dialogue, and dilemmas. *Arch Intern Med.* 1991;151(3):463-468.
7. Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD, editores. Education for physicians on end-of-life Care (EPEC) Curriculum. Chicago: The Robert Wood Johnson Foundation, 1999.