

El médico a la hora de informar

Mariana Fernanda Coraglio

Médica Cirujana del Hospital de Gastroenterología Carlos Bonorino Udaondo. CABA

Resumen

La relación médico-paciente-familia es una interacción de gran importancia en los últimos momentos de la vida. El rol que desarrolla el médico a la hora de informar y acompañar en las situaciones límites es un aspecto de la práctica médica de fundamental importancia teniendo en cuenta que una comunicación efectiva es la base del manejo de muchos problemas emocionales y el comienzo del alivio de los síntomas físicos. La importancia de comunicar bien radica en reducir la incertidumbre y brindar al paciente y su familia una dirección hacia dónde encaminarse.

The physician at the time to informing

Summary

The interaction physician-patient-family is of the greatest importance when a patient is on the verge of his death. A physician's role when he has to inform and accompany both his patient and his patient's family in those hard limit situations is of greatest importance to the medical practice because an effective communication is the cornerstone of coping with many emotional problems and the first step to the relief of physical symptoms as well. The key to a successful communication relies in reducing the amount of uncertainty and in guiding them towards the right direction.

Introducción

La comunicación es un aspecto inherente a la práctica médica que se pone en juego permanentemente. Informar al paciente y su familia es un acto cotidiano, y quizá la fracción más controvertida de esta intervención del profesional constituye el hecho de transmitir las "malas noticias". Esta situación de interacción médico-paciente-familia, en un momento crítico, se hará presente ante el padecimiento de enfermedades progresivas y limitantes de la vida, como patologías en etapa avanzada y terminal. Si bien con el correr de los años han habido muchos avances en Medicina, nos seguimos confrontando con una realidad ineludible: el 100% de las personas somos mortales y en todos los casos sus familias van a pasar por las etapas de duelo. Una importante proporción muere como consecuencia de enfermedades crónicas progresivas y un 60% de las personas falle-

cen durante una internación, lo que implica que el equipo de salud estará participando activamente en el transitar del paciente y su familia hasta el momento del fallecimiento. El médico transmitirá cómo enfrentar esta situación, centrándose en el paciente, incrementando la calidad de vida, más allá del alivio de los síntomas físicos, brindando apoyo psicosocial, facilitando al paciente el morir en paz y el vivir tan activamente como sea posible hasta el momento final, intentando asimismo que logre la aceptación de la realidad.¹⁻⁶

El objetivo de esta presentación será analizar las características y componentes del mensaje que debemos brindar, sus facilitadores, las barreras en la comunicación y todas aquellas actitudes y valores que se pondrán en juego por parte del médico a la hora de informar malas noticias y por parte del paciente y su familia a la hora de escucharlas.

Desarrollo

La comunicación es la puerta de entrada al mundo del paciente. Hace muchos años ya se consideraba vital la importancia de la palabra. Platón proponía "la psicoterapia verbal y el uso de placebo" como parte de un tratamiento médico integral y Sócrates sostenía que "el alma debe ser curada con ciertos ensalmos que no son fórmulas mágicas sino bellos discursos, mediante los cuales es fácil procurar la salud a la cabeza y a todo el cuerpo".⁴ Una comunicación efectiva es la base del manejo de muchos problemas emocionales y un principio en el alivio de los síntomas físicos. Es fundamental lograr una buena conexión y no siempre esto implica el decir o no decir la verdad de su condición, sino que se establezcan lazos de unión y de confianza. La verdad es uno de los agentes más poderosos que disponemos, pero debemos saber cómo transmitirla. Un atributo del médico es la neutralidad afectiva. Se espera que el médico sea objetivo y emocionalmente imparcial, tarea que requiere un difícil equilibrio: ser comprensivo, compasivo, neutro en el juicio y equilibrado emocionalmente.

La importancia de comunicar bien radica en reducir la incertidumbre, fortalecer la relación médico-paciente, y brindar al paciente y su familia una dirección hacia dónde encaminarse. Este es un modelo contractual donde se ejerce, por un lado la autoridad ética y de conocimientos por parte del médico, junto a la responsabilidad libre del paciente, por el otro.

Correspondencia: Mariana Coraglio
E-mail: mcoraglio@hotmail.com

Cuando el médico se enfrenta a una situación límite -como lo es el informar al paciente sobre una enfermedad incurable- dará un mensaje que frustra las expectativas del paciente y recurrirá a sus vivencias y a su experiencia en muchas ocasiones. Es probable que no sepa qué decir, quizá nadie le ha dicho cómo hacerlo, probablemente no ha sido entrenado en esta competencia. Parte de este desconocimiento se debe a vivir en una sociedad negadora de la muerte y a una insuficiente ponderación de los aspectos psicosociales en la formación del médico.

En un estudio chileno donde se plasmó la experiencia de 33 médicos de dos hospitales públicos surgieron diversas estrategias para comunicar, como por ejemplo:

- Dar la noticia de a poco, paulatinamente.
- Dar la noticia de manera directa.
- Planear peores escenarios, para que cualquier información posterior sea mejor o esperable.
- Informar lo que se pregunta, hay pacientes que no desean saber y el médico no tiene derecho a obligarlo.²

El médico tiene temores y dificultad para aceptar la impotencia ante la muerte, siente dolor por no tener algo para curarlo y se enfrenta a un problema que parece no tener solución. El paciente también presenta barreras que dificultan la comunicación: a menudo olvida las indicaciones, valora más sus emociones que la argumentación racional en relación con la enfermedad, aparece la negación como mecanismo de defensa, disminuye la capacidad de comprensión y tiene miedo de preguntar, o bien reacciona con enojo y desesperanza. Como estrategia es recomendable comprobar lo que va entendiendo y pedirle directamente que nos explique qué entendió de lo que hemos hablado. Otras dificultades que aparecen en este escenario son: la falta de tiempo, no tener un lugar adecuado para conversar, el uso de un lenguaje dificultoso, el contexto cultural y las creencias religiosas del paciente, así como también las condiciones del sistema de salud. La persona que recibe una mala noticia difícilmente olvidará dónde, cuándo y cómo le ha sido comunicada.^{2,3} La masificación sanitaria es también un factor con impacto negativo en la comunicación pues impide un mayor acercamiento al paciente, así como también una profundización y desarrollo de la relación.⁴

Con respecto a aquellas maniobras que pueden facilitar la comunicación, se destacan la toma de decisiones compartidas, dejar claro que siempre “hay algo para hacer”, generar confianza y tener contacto permanente. El mensaje que siempre debe permanecer es “que no se sienta abandonado”.^{1,3,7,8} La empatía es fundamental, significa entender y aceptar lo que el otro piensa, siente, expresa o calla. Nos tendríamos que preguntar, ¿cómo se estará sintiendo esta persona?, ¿cómo me sentiría yo en una situación así?, y distinguir entre las reacciones propias y las del interlocutor (paciente o familiar).³

Los médicos creemos que hacemos más bien que daño y esa es la meta de nuestra profesión, pero no siempre advertimos que con el mismo esfuerzo podríamos hacer una labor mejor simplemente realizando algunos cambios en nuestro modo de comunicarnos. Es fundamental disponer de tiempo y un lugar adecuado, escuchar activamente y respetar los silencios, evitar terminología médica o técnica, preferir las preguntas abiertas (“quisiera que me cuente cómo se está sintiendo desde que está enfermo”) y evitar las preguntas cerradas (“¿se sintió mejor hoy, no?”), no inducir a una respuesta que queremos escuchar. El mensaje se compone de lo que se dice y en gran parte de cómo se dice mediante el tono y el lenguaje gestual. Los seres humanos tenemos básicamente dos niveles de comunicación: la verbal y la no verbal.^{4,9} Una gran parte del mensaje está expresado en lenguaje no verbal: expresión facial en especial y corporal en general, miradas, posturas, tono de la voz, inflexiones, secuencia, ritmo y cadencias de las palabras y el tacto – por ejemplo, darle la mano a un paciente puede ser el único gesto que necesita para reducir la sensación de aislamiento.^{1,4}

En ocasiones aparece una reacción de agresividad del sufriente, que se evidencia como la búsqueda de un culpable, lo cual es difícil de manejar: es común escuchar que después de que el médico lo revisó comenzó el sufrimiento, “él médico le puso la enfermedad”. Con respecto a los familiares se distinguen diferentes actitudes, aquellos que idealizan al médico y confían plenamente en él, otros que se desentienden y se deshacen de su responsabilidad en el cuidado del enfermo, y otros agresivos que amenazan con demandar ante la impotencia de que no hay posibilidad de curación. Los familiares necesitan tener oportunidad para hablar y expresar sus emociones y sentirse respaldados para tomar decisiones difíciles y el médico buscará el apoyo del equipo interdisciplinario frente a situaciones más complejas, con patología psíquica o vincular.^{1,3,5,6}

El deseo de proteger al paciente generalmente encubre el deseo de protegerse a sí mismo. Un paciente privado de la verdad está privado de saber que sus sentimientos son comprendidos, que será ayudado, que se hará todo lo posible por él. Un paciente engañado será un paciente incomunicado y aislado. La vida humana se valora, entre otras cosas, por el uso que se hace de la libertad y de la voluntad, por ello la gran importancia de adquirir la verdad: el hombre está creado para la verdad. Más allá de toda diferencia cultural hay que reconocer el derecho del enfermo a la verdad, el derecho a conocer su situación. Hay que evaluar la capacidad del enfermo de soportarla, debe adquirir confianza e ir aceptando, éste es el concepto de verdad soportable y progresiva. Es importante cuánto ya sabe y qué desea saber de aquí en más.^{1,9-12}

El proceso de adaptación está definido en cinco fases:

- Negación y asilamiento: no lo cree, es un período de rechazo.
- Ira: proyección contra lo que lo rodea.
- Pacto y negociación: busca algún alivio, por ejemplo del dolor.
- Depresión: sensación de pérdida.
- Aceptación: tranquilidad, disminución del interés general.^{1,3,10}

En ocasiones la familia solicita al médico ocul- tar y allí comienza una encrucijada. Es un derecho del paciente saber de sí mismo, pero la familia pide no decirle. Informar al paciente es un deber ético y debemos enfatizar aquí los cuatro principios éticos fundamentales que son: respeto por la autonomía, beneficencia (hacer el bien), no maleficencia (no dañar) y justicia (distribución y disponibilidad equitativa de los recursos). Es necesario tratar a las personas respetándolas, respetando su autonomía y su racionalidad. Muchas familias suponen que el paciente ignora que padece una enfermedad incurable y de mal pronóstico y que hay que evitar que se entere de ello. Llega a esta conclusión por varios motivos, ellos mismos prefieren no reconocerlo plenamente, no se verán obligados a hablar del tema y evitarán una situación que suponen destructiva y difícil de mantener. Más aún, el hecho de la muerte no sólo se le esconde al enfermo, sino al resto de la sociedad, y por ello se tiende a recluir al moribundo.^{1,2,9-11} El manejo de este cerco de silencio es una competencia a adquirir por quienes ejercemos la medicina y debiera incorporarse a las currículas de educación médica.

Los avances en los métodos diagnósticos y terapéuticos nos enfrentan cada día más a dilemas tales como hasta dónde avanzar y cuánto seguir con un tratamiento determinado sin caer en el ensañamiento. El objetivo a lograr debería ser el hecho de mejorar la calidad de vida en los últimos días. Ésta se define como la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones, y marca con énfasis particular el bienestar del individuo. La satisfacción progresiva del individuo con su propia vida es influenciada por todos los dominios de la personalidad: físico, psicológico, social y espiritual.^{1,9} Se deben proponer objetivos alcanzables, sin que eso invalide la esperanza, con criterio realista (esperanza en el alivio y compromiso en el acompañamiento). Cuando un médico, bien intencionado, afirma a un paciente en etapa terminal "no se preocupe, ya va a ver cómo mejora y se olvida de todo esto", es probable que perjudique el proceso de adaptación y empeore la calidad de vida de ese paciente, quién espera vanamente que se cumpla un objetivo inalcanzable e incrementa su frustración y enojo por no alcanzar lo que le fuera prometido.

Conclusión

Cada profesional ha debido desarrollar sus estrategias de comunicación de malas noticias a partir de la experiencia y observación de los demás, ya que no se dispone de un procedimiento acordado único. Es de fundamental importancia en esta faz de la práctica médica el respeto por la dignidad de la persona y la aceptación de la finitud de la condición humana, recordando que la función comunicadora es inherente a la profesión médica y como tal es una ciencia, una técnica y un arte.

Bibliografía

1. De Simone G, Tripodoro V. Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas. Buenos Aires. Pallium Latinoamérica. 2004. 11-40.
2. Bascuñan M, Roizblatt A, Roizblatt D. Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio. *Rev Med Univ Navarra*, 2007; 51:28-31.
3. El médico interactivo. Diario electrónico de la sanidad. Comunicación médico-paciente. http://www.elmedico-interactivo.com/formación_acre2006/temas/tema12/cmu1.htm
4. Florez Lozano JA. La comunicación verbal (CV) y no verbal(CNV) p 25-43. <http://www.azprensa.com/onco.php>
5. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B. A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. *N Engl J Med*, 2007; 356:5:469-78.
6. Randall TC. Receiving bad news: patients with haematological cancer reflect upon their experience. *Palliative Medicine* 2005; 19:594-601.
7. Ayarra M, Lizarraga S. Malas noticias y apoyo emocional. *Medicina Familiar y comunitaria*. <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple7a.html>
8. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 2002; 28:697-700.
9. González BM. El proceso de la información al paciente oncológico. p 165-77 <http://www.azprensa.com/onco.php>
10. Gómez Sancho M. Cómo dar bien las malas noticias, elementos orientativos y normas generales. Gómez Sancho M. y col. *Avances en Medicina Paliativa*. Madrid: Gafos; 2004.p 599-632.
11. Gómez Sancho M. Reacciones y fases de adaptación del enfermo y sus familiares. Gómez Sancho M y col. *Avances en Medicina Paliativa*. Madrid: Gafos; 2004.p 633-64.
12. Petrinelli R. La persona. Petrinelli R. *Fundamentos de pedagogía cristiana*. Buenos Aires: Universidad Libros; 2009.p 21-41.