

# La comunicación de las malas noticias en la relación médico paciente. Guía clínica práctica basada en evidencia

Myr. M.C. José de Jesús Almanza-Muñoz,\* Dra. Jimmie C. Holland\*\*

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. New York N.Y.

**RESUMEN.** El presente estudio evalúa sistemáticamente la literatura existente en la Comunicación de las Malas Noticias (CMN) en la práctica médica para usarla como evidencia en la elaboración de una guía clínica. Por su extensión se ha dividido en tres partes: I. Aproximación Conceptual; II. Revisión Sistemática de la Evidencia; y III. Guía Clínica Práctica Basada en Evidencia. La fuente de datos fue una búsqueda computarizada en PUB-MEDLINE mediante las palabras «malas noticias» y «pacientes» («bad news», «patients») como descriptores. Esta segunda parte describe los resultados de dicha revisión, define las principales líneas de acción en la Práctica Médica, la Enseñanza y la Investigación, propone un marco teórico conceptual y sugiere líneas futuras de estudio.

**Palabras clave:** noticias, comunicación médica, ética, psicología.

La importancia de la adecuada comunicación de malas noticias (CMN) es evidenciada por un número significativamente creciente de reportes clínicos, educativos y de investigación (Ptacek, 1996<sup>88</sup>; Charlton, 1992<sup>22</sup>), que conforman un cúmulo de conocimientos que apunta a la formulación conceptual y teórica de este campo específico del conocimiento. En este contexto es de particular interés la revisión sistemática de dicha evidencia (Chalmers y Altman, 1995,<sup>21</sup> Oxman y Guyatt,<sup>83</sup>) lo cual constituye el objetivo central del presente trabajo.

\* Secretaría de la Defensa Nacional, México. Research Fellow de Psiquiatría de Consulta y Enlace en Psico-Oncología, Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nueva York, NY, USA.

\*\* Chair Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nueva York, NY, USA.

## Correspondencia:

Dr. José de Jesús Almanza Muñoz  
Department of Psychiatry, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center  
1275 York Avenue/Box 421, New York, New York 10021  
Tel: (212) 639 7051 Fax: (212) 7173087  
E-mail:almanzaj@mskcc.org

**SUMMARY.** This study was undertaken in order to perform a systematic assessment of literature on breaking bad news in the medical practice, with the goal of using them as evidence for clinical guidelines. Because of their extension, this work has been divided in three parts: I. Conceptual approach; II. Systematic review of evidence; and III. Clinical Practical Guideline Evidence Based. The data source was a searching on Pub Medline through bad news and patients as descriptors. This second part describes the outcome review, defines the mainly action lines on medical practice, training and research, to propose a theoretical frame and suggests future lines of study.

**Key words:** news, patient communication, ethical, psychology.

## Material y métodos

Los artículos incluidos en esta revisión fueron obtenidos mediante una búsqueda en la base de datos PUB-MEDLINE, del Centro Nacional de Información Biotecnológica (National Center for Biotechnology Information/NCBI), de la Biblioteca Nacional de Medicina (National Library of Medicine/NLM) de los Estados Unidos. Se utilizaron como descriptores las

palabras «malas noticias» y «pacientes» («bad news», «patient»). Se efectuó una revisión inicial y se ampliaron con base en ello búsquedas complementarias, abarcando como tópico central la CMN.

## Resultados

**Análisis cuantitativo.** El proceso inicial mostró 607,102 artículos para el descriptor «pacientes» (*patients*) y 336 para el descriptor «Malas Noticias» (*Bad News*). El cruce mostró 111 artículos de los cuales fueron eliminados 10 por abordar temas paralelos pero no relacionados de manera directa. Las búsquedas adicionales permitieron la localización de 14 artículos relacionados con el tema en estudio,

Cuadro 1. Literatura sobre comunicación de malas noticias de acuerdo al área global.

| Área global     |      |               |      |           |      |            |    |       |     |
|-----------------|------|---------------|------|-----------|------|------------|----|-------|-----|
| Práctica médica |      | Investigación |      | Enseñanza |      | Misceláneo |    | Total |     |
| n               | %    | n             | %    | n         | %    | n          | %  | n     | %   |
| 25              | 21.7 | 51            | 44.3 | 16        | 13.9 | 23         | 20 | 115   | 100 |

Cuadro 2. Literatura sobre comunicación de malas noticias de acuerdo al año de publicación y área global

| Año   | Práctica médica |      | Área Global   |           |    |      | Misceláneo |      | Total |      |
|-------|-----------------|------|---------------|-----------|----|------|------------|------|-------|------|
|       |                 |      | Investigación | Enseñanza |    |      |            |      |       |      |
|       | n               | %    | n             | %         | n  | %    | n          | %    | n     | %    |
| 1998  |                 |      |               |           |    |      | 1          | 4.3  | 1     | .86  |
| 1997  |                 |      | 13            | 25.4      | 5  | 31.3 | 3          | 13   | 21    | 18.2 |
| 1996  | 4               | 16   | 7             | 13.7      | 3  | 18.7 | 4          | 17.3 | 18    | 15.6 |
| 1995  | 2               | 8    | 8             | 15.6      |    |      | 2          | 8.6  | 12    | 10.4 |
| 1994  | 8               | 32   | 6             | 11.7      |    |      | 2          | 8.6  | 16    | 13.9 |
| 1993  | 2               | 8    | 5             | 9.8       | 1  | 6.2  | 5          | 21.7 | 13    | 11.3 |
| 1992  | 2               | 8    | 4             | 7.8       | 1  | 6.2  | 2          | 8.6  | 9     | 7.8  |
| 1991  | 1               | 4    | 4             | 7.8       | 2  | 12.5 |            |      | 7     | 6    |
| 1990  |                 |      | 1             | 1.9       |    |      |            |      | 1     | .86  |
| 1989  |                 |      | 1             | 1.9       | 2  |      | 1          | 4.3  | 4     | 3.4  |
| 1988  | 2               | 8    |               |           |    |      |            |      | 2     | 1.7  |
| 1987  |                 |      |               |           | 1  | 6.2  | 1          | 4.3  | 2     | 1.7  |
| 1985  |                 | 1    | 1.9           |           |    | 1    | 4.3        | 2    | 1.7   |      |
| 1984  | 1               | 4    |               |           |    |      | 1          | 4.3  | 2     | 1.7  |
| 1983  | 2               | 8    |               |           |    |      |            |      | 2     | 1.7  |
| 1982  |                 |      |               |           | 1  | 6.2  |            |      | 1     | .86  |
| 1981  | 1               | 4    |               |           |    |      |            |      | 1     | .86  |
| 1978  |                 |      | 1             | 1.9       |    |      |            |      | 1     | .86  |
| Total | 25              | 21.7 | 51            | 44.3      | 16 | 13.9 | 23         | 20   | 115   | 100  |

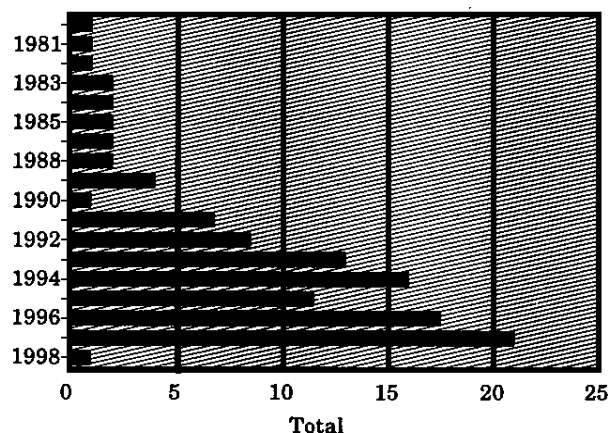


Figura 1. Literatura sobre comunicación de malas noticias en la práctica médica.

por lo que el total de trabajos fue de 115 publicaciones distribuidas globalmente en 25 trabajos de investigación (44.3%); 25 en torno a la práctica médica (21.7%); 16 en relación con la enseñanza (13.9%); y 23 (20%) sobre temas misceláneos (Cuadro 1).

Gráficamente, se observa una tendencia ascendente con un incremento transitorio en 1989 y otro en 1992 de mayor

cuantía y con un efecto sostenido ascendente hasta la actualidad (Cuadro 2, Figura 1).

Al clasificar las publicaciones en función de la categoría de la evidencia, que incluye los siguientes tres niveles; la categoría I (estudios aleatorios y controlados); la categoría II (estudios de cohortes o estudios de control de caso); y la categoría III (estudios no controlados o de consenso),<sup>21</sup> encontramos que de un total de 51 (44.3%) reportes de investigación; 7 (13.7%) corresponden a la categoría I; mientras que 20 (39.2%) se ubica en la categoría II; y 24 (47%) finalmente quedan enmarcados dentro de la categoría III. (Cuadros 2 y 3).

## Discusión

**Análisis cualitativo. Práctica Médica.** Un considerable número de autores<sup>13,14,18,27-30,37,62,63,66,69,73,74,82,91,111</sup> subrayan la importancia de la CMN como un proceso complejo y difícil, sujeto a una diversidad de factores que merecen atención en áreas como oncología (Holland, 1989<sup>56</sup>; Ford y Fallowfield, 1996<sup>42</sup>), dolor y cuidado paliativo (Morrison y Morris, 1995<sup>76</sup>), neurología (Meininger, 1993<sup>72</sup>), gastroenterología<sup>62</sup> y pediatría (Jewet y cols, 1992).<sup>61</sup>

Aun cuando parte del proceso de cambio de la medicina actual observa con especial interés la autonomía del pacien-

**Cuadro 3. Literatura sobre investigación en la comunicación en malas noticias de acuerdo a la categoría de la evidencia.**

| Año          | Categoría de la evidencia |             |           |             |           |           | Total     |            |
|--------------|---------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-----------|-----------|------------|
|              | I                         |             | II        |             | III       |           | n         | %          |
|              | n                         | %           | n         | %           | n         | %         |           |            |
| 1997         | 3                         | 42.8        | 7         | 35          | 3         | 12.5      | 13        | 25.4       |
| 1996         | 1                         | 14.2        | 1         | 5           | 5         | 20.8      | 7         | 13.7       |
| 1995         | 1                         | 14.2        | 1         | 5           | 6         | 25        | 8         | 15.6       |
| 1994         |                           |             | 4         | 20          | 2         | 8.3       | 6         | 11.7       |
| 1993         |                           |             | 4         | 20          | 1         | 4.1       | 5         | 9.8        |
| 1992         | 1                         | 14.2        |           |             | 3         | 12.5      | 4         | 7.8        |
| 1991         | 1                         | 14.2        |           |             | 3         | 12.5      | 4         | 7.8        |
| 1990         |                           | 1           | 5         |             |           | 1         |           | 1.9        |
| 1989         |                           | 1           | 5         |             |           | 1         |           | 1.9        |
| 1985         |                           | 1           | 5         |             |           | 1         |           | 1.9        |
| 1978         |                           |             |           |             | 1         | 4.1       | 1         | 1.9        |
| <b>Total</b> | <b>7</b>                  | <b>13.7</b> | <b>20</b> | <b>39.2</b> | <b>24</b> | <b>47</b> | <b>51</b> | <b>100</b> |

te y su derecho a conocer directamente su condición clínica y de participar en las decisiones relativas,<sup>62</sup> el papel de la familia como unidad que resulta profundamente afectada y no pocas veces devastada (Eden y cols, 1994,<sup>32</sup>) sigue siendo fundamental (Guttenberg, 1983<sup>48</sup>), especialmente en sociedades en las cuales su participación es explícitamente mayor por factores culturales (Beyene, 1992;<sup>6</sup> Hodes, 1997.<sup>53</sup>)

La CMN en el equipo médico conlleva niveles significativos de estrés y ansiedad,<sup>36,38</sup> y exige de diversas estrategias de apoyo y entrenamiento (Clarkson, 1996,<sup>26</sup> Doyle y O'Connell, 1996,<sup>31,88</sup>) especialmente en oncología<sup>56</sup> rehabilitación y cuidados intensivos (Holdaway, 1985).<sup>55</sup> Las unidades de trasplante enfrentan retos particulares (Schulman y Hakanson, 1994),<sup>99</sup> pues la procuración de órganos implica asimilar una pérdida propia y vislumbrar una esperanza ajena, lo cual es muy difícil de transmitir. El personal de enfermería afronta de manera directa las actitudes de negación y evasión de los enfermos en torno a su diagnóstico. El manejo de dichas actitudes debe evaluarse en términos de práctica clínica (Hon, 1994;<sup>57</sup> Morton, 1996<sup>78</sup>), educación y formación (Nursing Times, 1994a y b).<sup>9,10</sup>

Se ha resaltado la consideración de los aspectos psicosociales (van Aalten y Samwel, 1992),<sup>112</sup> y la perspectiva integracional y multidisciplinaria del cuidado paliativo, aspectos esenciales de comunicación, habilidad para escuchar y conceptos básicos de dolor agudo y crónico<sup>31</sup> (Faulkner y cols, 1994;<sup>39</sup> Harris, 1988;<sup>50</sup> Links y Kramer, 1994;<sup>68</sup> Morrison y Morris, 1995<sup>76</sup>). Énfasis especial merece la temática en torno al proceso de muerte y su influencia en el contexto clínico (Strebel, 1996).<sup>109</sup>

**Enseñanza y Entrenamiento.** El proceso de CMN ha sido desatendido no sólo durante la formación médica sino también en la práctica clínica (Buckman, 1984;<sup>12</sup> Bulkin, 1991;<sup>15</sup> Oelz, 1996;<sup>80</sup> Morgan y Winter, 1996;<sup>75</sup> Charlton, 1996,<sup>24</sup>) aún cuando su importancia es reconocida (Speck, 1991;<sup>107</sup> Beechman, 1997<sup>4</sup>) y cada vez hay más conciencia de que las habilidades en dicho terreno no mejoran con el simple paso del tiempo y la

práctica clínica sino que requieren de conocimiento y entrenamiento apropiados (Simpson, 1991).<sup>104</sup>

Se ha propuesto incluir dentro del curriculum aspectos de CMN (Saltini y cols, 1995,<sup>95</sup> Eggly y cols, 1997;<sup>33</sup> Chisholm, 1997<sup>25</sup>), cuidado paliativo<sup>68</sup>; factores psicosociales<sup>75</sup>, y se ha enfatizado la proeficiencia en el uso del lenguaje (Hansen y cols, 1997),<sup>49</sup> así como en la utilidad de la aplicación de analogías (Olweny, 1997).<sup>81</sup> Paralelamente se alienta el desarrollo de talleres,<sup>4</sup> tanto a nivel de posgrado (Baile, 1997),<sup>2,61,75</sup> como de pregrado (Knox y Thompson, 1989;<sup>65</sup> Sykes, 1989<sup>110</sup>), con monitoreo pre y post test<sup>2</sup>, en los cuales la participación de pacientes y familiares ha sido notable y valiosa<sup>61</sup> (Klein y Klein, 1987).<sup>64,65</sup> El uso de programas interactivos de computación ha sido puntualizado como un factor coadyuvante en el entrenamiento<sup>26</sup> (Hullsmann y cols, 1997;<sup>60</sup> Sanson-Fisher, 1997<sup>97</sup>) cuyo desarrollo y aplicaciones creciente ofrece posibilidades prometedoras.

**Investigación.** La actitud de informar al paciente el diagnóstico de cáncer con la intención de protegerlo de algún modo,<sup>95</sup> ha mostrado cambios notables. En 1953 apenas el 3% de los médicos lo comunicaba, los reportes actuales señalan aproximadamente entre un 37.7% (Seo, 1997),<sup>102</sup> 59% (Santos y cols, 1994),<sup>98</sup> y hasta 90 a 95% (Blanchard, 1988;<sup>7</sup> Charlton, 1992;<sup>22</sup> Sell y cols, 1992<sup>101</sup>) informan al enfermo o su familia del diagnóstico de cáncer. Más aún se ha constatado el interés del paciente en conocer su condición médica aun en estado terminal (Seale, 1991;<sup>100</sup> Carmel y Salazar 1997<sup>20</sup>).

Las reacciones ante la CMN van del shock emocional (54%),<sup>16</sup> preocupación por el futuro y la familia (Peteet y cols, 1992)<sup>87</sup> al reaseguramiento (62%),<sup>101</sup> y la insatisfacción (55%), (Reynolds, 1978).<sup>91</sup> Butow (1995)<sup>17</sup> reporta que sólo un 33% a 35% de pacientes con melanoma y cáncer de mama reportaron excelencia en la información y discusión tanto diagnóstica como terapéutica. La cuidadosa conducta médica durante la CMN constituye uno de los principales predictores de ajuste psicológico, además de la presencia de historia psiquiátrica positiva y estresores premórbidos (Robert y cols, 1994).<sup>92</sup>

El impacto psicológico en la familia puede condicionar que perciban la información en forma confusa,<sup>32</sup> siendo crucial por ello el manejo de aspectos específicos de comunicación (Strauss y cols, 1995).<sup>108</sup> El uso apropiado del lenguaje y especialmente el uso del idioma de origen (siempre que esto sea posible), son factores clave (Krauss-Mars y Lachman, 1994).<sup>67</sup> En este mismo contexto es importante diferenciar el desarrollo del proceso de CMN y el contenido del mismo como dos fenómenos que aunque se encuentran vinculados, observan un distinto comportamiento y merecen consideraciones particulares tanto desde el punto de vista conceptual como operativo-clínico (Krahn, 1993).<sup>66</sup>

Como facilitadores para asimilar el proceso de CMN y favorecer la ab-reacción se han utilizado audiocasetes que son grabados durante la entrevista de información de malas noticias y escuchados posteriormente por el enfermo, teniendo un valor abreactivo y favoreciendo la asimilación del diagnóstico y el seguimiento de las indicaciones médicas<sup>38</sup> (Hogbin y Fallowfield, 1989;<sup>54</sup> Mc Hugh y cols, 1995<sup>71</sup>). Otra faceta útil de dichos audiocasetes es que han permitido al análisis del contenido de la entrevista, habiéndose establecido la presencia de un patrón de comunicación médica predominante, frente a una mínima discusión psicosocial en una proporción de 2.5 a 1.0.<sup>42,104</sup> En tanto que otro estudio con metodología similar señala justamente que es el patrón de comunicación psicosocial el que proporciona mayor satisfacción a los enfermos (Roter y cols, 1997).<sup>93</sup> Otros facilitadores reportados consisten en proporcionar información escrita al paciente (Hinds y cols, 1995),<sup>52</sup> e inclusive el ofrecerle la posibilidad de revisar y comentar su propio expediente contando con la asesoría apropiada, lo cual ha tenido un efecto positivo en la clínica (Fisher y Britten, 1993).<sup>40</sup>

La falta de competencia en la CMN ha sido constatada<sup>33</sup> (Rappaport y Witzke, 1993;<sup>90</sup> Nielsen y Schmidt, 1997<sup>79</sup>). Un estudio reciente reporta que apenas el 67% de los médicos de una muestra se considera capaz de una adecuada comunicación médica, y más aún, tan solo el 36% se reconoce en capacidad de ampliar dicha comunicación hacia el manejo de aspectos psicológicos (Cantwell y Ramirez, 1997).<sup>19</sup> En congruencia Ford y cols, (1994)<sup>41</sup> señalan que algunos oncólogos se sienten incómodos en el papel de comunicadores de malas noticias.<sup>16</sup> Como justificantes se aluden la falta de tiempo (62%), la intención de no avergonzar al paciente (51%), el reconocerse como inhábiles (44%) en dicha materia.<sup>19</sup> Congruente con ello Baumann-Holzle (1996)<sup>3</sup> subraya la habitual sobreactividad médica y a la inadecuada estructura hospitalaria que obstaculiza a veces el proceso apropiado de CMN. Llama la atención que a pesar de tales dificultades (Girgis y cols, 1997),<sup>45</sup> muy pocas veces se solicita la evaluación y el apoyo psiquiátrico o psicológico en dicho proceso.<sup>16</sup>

La práctica de la enfermería incluye tradicionalmente un mayor contacto y cercanía tanto con el enfermo como con su familia y sus implicaciones clínicas así como de entrenamiento han sido objeto de estudio. Al respecto se ha resaltado el valor de utilizar modelos en la práctica, siendo notable el constatar que la capacidad de CMN se incrementa

cuando se utiliza un programa teórico al que se sume el uso de dichos modelos, sin importar si los ejemplos son negativos o positivos. Tal hecho parece enfatizar que el punto crucial en la mejoría del proceso de CMN es el desarrollo de programas (Morrissey, 1997;<sup>77</sup> Parathian 1993;<sup>84</sup> Sablewicz 1994<sup>94</sup>) vinculados a la clínica.

Existen diversas aproximaciones en la operacionalización de la CMN, Brewin (1991)<sup>11</sup> alude la positividad y la comprensión; von Bloch (1996)<sup>115</sup> propone que las bases y guías para comunicar un deceso pueden resultar de utilidad en la CMN. Por su parte Quill (1991)<sup>89</sup> y Maynard (1997)<sup>70</sup> enfatizan la preparación avanzada y paulatina como aspectos relevantes, en tanto que Gigris y Sanson-Fisher 1995)<sup>44</sup> así como Sledge (1997),<sup>106</sup> optan por revelación individualizada del diagnóstico. Los factores culturales y étnicos, (Charlton y cols, 1993),<sup>23,53</sup> así como la personalidad son enfatizados por Chisholm.<sup>25</sup>

La cuidadosa consideración de los antecedentes médicos, el espacio, privacidad y tiempo apropiados, la presencia de familiares o personas significativas acompañando al enfermo, la concurrencia de al menos otro miembro del equipo médico además del clínico informante, la identificación de emergentes tales como el riesgo suicida, la identificación de los focos de atención inmediatos y mediatos por el paciente y/o su familia, el ofrecimiento de apoyo individual y familiar, el garantizar y efectuar el seguimiento, así como el adecuado manejo de la contratransferencia y de la recomendación explícita al profesional médico y de enfermería, de «descansar» un poco antes de proseguir con el trabajo clínico cotidiano, suman la opinión de diversos autores (Benett y Allison, 1996).<sup>5,88,89</sup>

Durante la CMN se ha observado un nivel elevado de estrés en el médico, que disminuye y es seguido de la elevación del nivel de estrés en el paciente. Las implicaciones de tal correlación en términos de los distintos factores que la influyen tales como el uso o la falta de estrategias en la CMN, el entrenamiento, el reconocimiento de la contratransferencia y el ajuste psicosocial mayor o menor en el enfermo, son temas que merecen el diseño de diversos modelos de investigación.<sup>88</sup> Dicha demanda coincide con la necesidad de evaluar pacientes *versus* proveedores de servicios y desembocan en aspectos de costo-eficacia,<sup>44</sup> que permitirán abarcar otra área fuertemente vinculada con la percepción de satisfacción de los servicios de salud.

Se ha definido que la calidad de atención no es diferente entre médicos que han sido objeto de demandas por mala práctica y entre quienes nunca lo han sido (Entman y cols, 1994),<sup>35</sup> de hecho problemas relacionados con la comunicación constituyen una de las cinco principales causas de demandas legales (Vincent y cols, 1994),<sup>114</sup> lo cual incide directamente en la capacidad o la falta de ésta en términos de establecer una adecuada comunicación con los enfermos. En otro aspecto relacionado, Emanuel (1995)<sup>34</sup> atrae la atención a la manera en que la relación médico paciente puede verse afectada por el conjunto de cambios jurídicos, legislativos y financieros que conllevan visitas más cortas,

menor uso de especialistas y menor tiempo de interacción médico-enfermo.

Adicionalmente la CMN ha generado un valioso e importante cúmulo de comunicaciones que incluyen editoriales;<sup>56,103</sup> cartas,<sup>1,8,43,47,59,85,86,117</sup> noticias,<sup>116</sup> alusiones a la ética,<sup>58,105</sup> el consentimiento informado,<sup>46</sup> y la genética.<sup>113</sup> Tal diversidad ubica más allá de la clínica, la investigación y la enseñanza la influencia de dicho proceso, denota su creciente interés y exige de una seria consideración pues constituye el puente que conecta este proceso en estudio con la opinión pública en el marco actual de la ciencia cuya apertura allende sus propias fronteras es una característica notoria y que paulatinamente está poniendo la ciencia al alcance del público en general.

### Hacia un marco teórico-conceptual en CMN

Como un campo del conocimiento cuya actividad en distintas áreas observa un notable crecimiento y la generación concreta de nuevo conocimiento, la necesidad de efectuar conceptualizaciones teóricas y buscar marcos de referencia que sustenten los hallazgos y den pie a nuevos diseños de investigación ha comenzado a suceder. Justamente el primer punto relevante es su planteamiento como un proceso en el que concurren diversos factores internos y externos y cuyos componentes son susceptibles de análisis como variables correlacionadas (Saltini y Dall-Agnolla, 1995).<sup>96</sup>

Ptacek<sup>88</sup> propone el modelo teórico del Coping, el cual involucra la como elementos básicos; la cognición de algo que está en juego y la movilización de recursos disponibles para enfrentarlo. Su objetivo concreto es la fuente externa de estrés y los sentimientos negativos asociados. La posible aplicación de tales conceptos al proceso de CMN es muy clara, de manera que la detallada revisión de la fenomenología del Coping ofrece un terreno digno de explorar con mayor detenimiento. Considerando la mala noticia (objetivamente) *versus* la manera en que el paciente la percibe (subjetivamente), Bennet<sup>5</sup> establece entre ambas perfecciones la existencia de un distanciamiento, es decir una diferencia, la cual implica mayor estrés en tanto sea mayor, y de lo cual justamente se deriva la tarea básica del médico en términos de pugnar por la reducción de dicho distanciamiento. Tal concepto ofrece una base teórica que igualmente permitirá diseñar estudios que permitan explorar ambas perspectivas del fenómeno.

Un punto de conceptualización que resulta necesario señalar aquí es la existencia también de un distanciamiento en el polo médico de este proceso de comunicación, que consiste en la percepción de un determinado grado de dificultad en la CMN y la realidad de dicho proceso. Podemos hipotetizar que dicho distanciamiento es directamente proporcional a la incapacidad del clínico para manejar aspectos psicosociales y en particular comunicar situaciones que devienen en malas noticias.

Finalmente en un punto evidentemente clínico pero vinculado a posibles teorizaciones se ha enfatizado considerar el significado de la enfermedad del paciente en su contexto vi-

tal en términos de Balint (Helstrom, Lindqvist y Mattson 1998),<sup>51</sup> y reforzando la consideración psicodinámica de la interacción entre médico y paciente como un «encuentro» cuya asunción completa puede tomar la percepción de malas noticias y favorecer que estas sean asumidas en términos de realidad psíquica y de valoración existencial y humanística.

### Comentarios finales

El creciente interés en la CMN y la importante generación de nuevo conocimiento en áreas cada vez mas definidas de clínica, investigación y enseñanza, así como la consistencia de múltiples estudios provenientes de diversas latitudes y perspectivas socio-culturales permite vislumbrar la conformación de un campo de conocimiento propio que va ganando terreno tanto a nivel del curriculum médico como en la práctica clínica cotidiana a nivel del grupo médico y de enfermería y con la participación creciente de todo el equipo de cuidado psicosocial.

Aparecen ya serios interrogantes conceptuales y se aventuran distintas trans-polaciones teóricas que incluyen la teoría de «recopilación-conscientización» («Coping») y la observación de un distanciamiento como punto teórico y tarea clínica definida a lo cual se suman aspectos psicodinámicos y deberán agregarse consideraciones específicas de la teoría de la comunicación así como la función de las emociones. Los frutos de estas futuras exploraciones teóricas producirán valiosos resultados clínicamente aplicables.

Conviene también señalar que aún cuando la mayoría de las investigaciones actuales está centrada en el paciente o en el médico como sujetos centrales del proceso de CMN, seguramente en un futuro muy cercano las perspectivas se expandirán y abarcarán aspectos de costo-eficacia y calidad de vida, que se encuentran vinculados a la percepción y la satisfacción de y con los servicios de salud. Indudablemente ahora y siempre la focalización en el entrenamiento médico para incrementar las habilidades de los profesionales de la salud en esta área e incidir directamente en el cuidado de los pacientes es indispensable.

La tercera parte de este trabajo constituye una guía clínica basada en la evidencia analizada en páginas anteriores e incluirá una recopilación de aquellas recomendaciones que han demostrado utilidad en el proceso de CMN en diversos contextos clínicos, culturales y que son fruto de una larga experiencia clínica así como de diversos diseños de investigación.

### Referencias

1. Alibhai SN: Breaking bad news. CMAJ 1992; 146(11): 1890.
2. Baile WF, Lenzi R, Kudelka AP, Maguire P, Novack D, Goldstein M, Myers EG, Bast RC Jr. Improving physician-patient communication in cancer care: outcome of a workshop for oncologists. J Cancer Educ 1997; 12(3): 166-173.
3. Baumann-Holzle R. Bad news and the successful life. Schweiz Rundsch Med Prax 1996; 85(14): 445-450.
4. Beecham L. Learning to break bad news. BMJ 1997; 314(7093): 1502.
5. Bennett M, Alison D. Discussing the diagnosis and prognosis with cancer patients. Postgrad Med J 1996; 72(843): 25-29.

6. Beyene Y. Medical disclosure and refugees. Telling bad news to Ethiopian patients. *West J Med* 1992; 157(3): 328-332.
7. Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Soc Sci Med* 1988; 27(11): 1139-1145.
8. Breaking bad news. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984; 288(6435): 1995-1996.
9. Breaking bad news (a). Knowledge for practice. *Nurs Times* 1994; 90 (Suppl 1): 1-4.
10. Breaking bad news (b). Knowledge for practice. *Nurs Times* 1994; 90(Suppl 1): 5-8.
11. Brewin TB. Three ways of giving bad news. *Lancet* 1991; 337(8751): 1207-1209.
12. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J* 1984; 288(6430): 1597-1599.
13. Buckman R. Doctors can improve on way they deliver bad news, MD maintains. *CMAJ* 1992; 146(4): 564-566.
14. Buis C, de Boo T, Hull R. Touch and breaking bad news. *Fam Pract* 1991; 8(4): 303-304.
15. Bulkin W, Lukashok H. Training physicians to care for the dying. *Am J Hosp Palliat Care* 1991; 8(2): 10-15.
16. Burton MV, Parker RW. Psychological aspects of cancer surgery: surgeons' attitudes and opinions. *Psychooncology* 1997; 6(1): 47-64.
17. Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ, Griffin A-M, Dunn SM, Tattersall MHN. When the diagnosis is cancer patient communications experiences and preferences. *Cancer* 1996; 77: 2630-2637.
18. Campbell ML. Breaking bad news to patients. *JAMA* 1994; 271(13): 1052.
19. Cantwell BM, Ramirez AJ. Doctor patient communication: a study junior house officers. *Medical Education* 1997; 31: 17-21.
20. Carmel S, Laza A. Telling the bad news: do the elderly want to know their diagnoses and participate in medical decision making? *Harefuah* 1997; 133(11): 505-509.
21. Chalmers I, Altman DG, eds. *Systematic Reviews*. London BMJ Publishing Group, 1995.
22. Charlton RC. Common problems. Breaking bad news. *Med J Aust* 1992; 157(9): 615-621.
23. Charlton R, Dovey S, Mizushima Y. National differences in breaking bad news. *Med J Aust* 1993; 159(1): 72.
24. Charlton R. Medical education-addressing the needs of the dying child. *Palliat Med* 1996; 10(3): 240-246.
25. Chisholm CA, Pappas DJ, Sharp MC. Communicating bad news. *Obstet Gynecol* 1997; 90(4 Pt 1): 637-639.
26. Clarkson JE, Shelton EJ, Bray DA, Ballard KD. Fathers of children with disabilities comment on health services. *N Z Med J* 1996; 109(1026): 274-276.
27. Colon KM. Bearing the bad news. *Minn Med* 1995; 78(2): 10-14.
28. Creagan ET. How to break bad news-and not devastate the patient. *Mayo Clin Proc* 1994; 69(10): 1015-1017.
29. Davis H. Counseling Parents of Children with Chronic Illness or Disability. London, England. British Psychological Society, 1993.
30. Doring LA. Communication problems of the chronically ill. *Aust Fam Physician* 1992; 21(6): 791-793.
31. Doyle D, O'Connell S. Breaking bad news: starting palliative care. *J R Soc Med* 1996; 89(10): 590-591.
32. Eden OB, Black I, MacKinlay GA, Emery AE. Communication with parents of children with cancer. *Palliat Med* 1994; 8(2): 105-114.
33. Eggle S, Afonso N, Rojas G, Baker M, Cardozo L, Robertson RS. An assessment of residents' competence in the delivery of bad news to patients. *Acad Med* 1997; 72(5): 397-399.
34. Emanuel EJ, Dubler NN. Preserving the Physician Patient Relationship in the Era of Managed Care. *JAMA* 1995; 273: 323-329.
35. Entman SS, Glass CA, Hickson GB, Githens PB, Whetten-Goldstein K, Sloan FA. The relationship between malpractice claims history and subsequent obstetric care. *JAMA* 1994; 272(20): 1588-1591.
36. Espinosa E, González Baron M, Zamora P, Ordóñez A, Arranz P. Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients. *Support Care Cancer* 1996; 4(1): 61-63.
37. Fallowfield LJ, Clark AW. Delivering bad news in gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 1994; 89(4): 473-479.
38. Fallowfield L. Giving sad and bad news. *Lancet* 1993; 341(8843): 476-478.
39. Faulkner A, Maguire P, Regnard C. Breaking bad news — a flow diagram. *Palliat Med* 1994; 8(2): 145-151.
40. Fisher B, Britten N. Patient access to records: expectations of hospital doctors and experiences of cancer patients. *Br J Gen Pract* 1993; 43(367): 52-56.
41. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *Br J Cancer* 1994 Oct; 70(4): 767-770.
42. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Doctor-patient interactions in oncology. *Soc Sci Med* 1996; 42(11): 1511-1519.
43. Fox GN. Delivering bad news. *JAMA* 1996; 276(22): 1801-1802.
44. Gigris A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: Consensus for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995; 13(9): 2449-2456.
45. Gigris A, Sanson-Fisher RW, McCarthy WH. Communicating with patients: surgeons' perceptions of their skills and need for training. *Aust N Z J Surg* 1997; 67(11): 775-780.
46. Goldfield N, Rothman WA. Ethical considerations of informed consent: a case study. *Soc Sci Med* 1987; 24(6): 483-486.
47. Greenberg LW. Delivering bad news. *JAMA* 1996; 276(22): 1801.
48. Guttenberg R. Softening the blow: how to break bad news to a patient's family. *Nurs Life* 1983; 3(4): 17-21.
49. Hansen AC, Roberts N, Clark S. Language background, english language proficiency and medical communication skills of medical students. *Medical Education* 1997; 31: 259-263.
50. Harris L. Terminal care: breaking bad news. *Community Outlook* 1988; 6: 15-17.
51. Hellstrom O, Lindqvist P, Mattsson B. A phenomenological analysis of Doctor-patient interaction: a case study. *Patient Educ Couns* 1998; 33(1): 83-89.
52. Hinds C, Streater A, Mood D. Functions and preferred methods of receiving information related to radiotherapy. Perceptions of patients with cancer. *Cancer Nurs* 1995; 18(5): 374-384.
53. Hodes R. Cross-cultural medicine and diverse health beliefs. Ethiopians abroad. *West J Med* 1997; 166(1): 29-36.
54. Hogbin B, Fallowfield L. Getting it taped: the 'bad news' consultation with cancer patients. *Br J Hosp Med* 1989; 41(4): 330-333.
55. Holdaway J. The management of dying patients in New Zealand coronary care units. *N Z Med J* 1985; 98(784): 639-641.
56. Holland JC. Now we tell-But how tell, Editorial. *Journal of Clinical Oncology* 1989; 5: 557-559.
57. Hon J. Communication: bad news, I'm afraid. *Nurs Stand* 1994; 8(32): 52-53.
58. Hoy AM. Breaking bad news to patients. *Br J Hosp Med* 1985; (2): 9699.
59. Howell JB. Breaking bad news. *Lancet* 1993; 341 (8848): 833.
60. Hulsman RL, Ros WJG, Jannsen M, Winnubst JAM. INTER-ACT-CANCER. The development and evaluation of a computer-assisted course on communication skills for medical specialists in Oncology. *Patient Education and Counseling* 1997; 30(2): 129-141.
61. Jewett LS, Greenberg LW, Champion LA, Gluck RS, Leikin SL, Altieri MF, Lipnick RN. The teaching of crisis counseling skills to pediatric residents: a one-year study. *Pediatrics* 1982; 70(6): 907-911.
62. Keirse M. The bad-news communication. *Tijdschr Ziekenverp* 1981; 34(6): 262-267.
63. Klein SD, Klein RE. Delivering bad news: the most challenging task in patient education. *J Am Optom Assoc* 1987; 58(8): 660-663.
64. Knox JD, Thomson GM. Breaking bad news: medical undergraduate communication skills teaching and learning. *Med Educ* 1989; 23(3): 258-261.
65. Krahn GL, Hallum A, Kime C. Are there good ways to give 'bad news'? *Pediatrics* 1993; 91(3): 578-582.
66. Krauss-Mars AH, Lachman P. Breaking bad news to parents with disabled children — a cross-cultural study. *Child Care Health Dev* 1994; 20(2): 101-112.
67. Links M, Kramer J. Breaking bad news: realistic versus unrealistic hopes. *Support Care Cancer* 1994; 2(2): 91-93.
68. Maguire P, Faulkner A. Communicate with cancer patients: 1. Handling bad news and difficult questions. *BMJ* 1988; 297(6653): 907-909.

69. Maynard DW. How to tell patients bad news: the strategy «for-casting». *Cleve Clin J Med* 1997; 64(4): 181-182.
70. McHugh P, Lewis S, Ford S, Newlands E, Rustin G, Coombes C, Smith D, O'Reilly S, Fallowfield L. The efficacy of audiotapes in promoting psychological well-being in cancer patients: a randomised, controlled trial. *Br J Cancer* 1995; 71(2): 388-392.
71. Meininger V. Breaking bad news in amyotrophic lateral sclerosis. *Palliat Med* 1993; 7(4 Suppl): 37-40.
72. Michaels E. Deliver bad news tactfully. *Can Med Assoc J* 1983; 129(12): 1307-1308.
73. Miranda J, Brody RV. Communicating bad news. *West J Med* 1992; 156(1): 83-85.
74. Morgan ER, Winter RJ. Teaching communication skills. An essential part of residency training. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150(6): 638-642.
75. Morrison RS, Morris J. When there is no cure: palliative care for the dying patient. *Geriatrics* 1995; 50(7): 45-51.
76. Morrissey MV. Extending the theory of awareness contexts by examining the ethical issues faced by nurses in terminal care. *Nurs Ethics* 1997; 4(5): 370-379.
77. Morton R. Breaking bad news to patients with cancer. *Prof Nurse* 1996; 11(10): 669-671.
78. Nielsen D, Schmidt L. Breaking bad news-experience and attitude of young physicians. *Ugeskr Laeger* 1997; 159(19): 2862-2866.
79. Oelz O. Truth disclosure in physicians' dialogue: compassionate lie or merciless statistics? *Schweiz Rundsch Med Prax* 1996; 85(14): 440-444.
80. Olweny ChLM. Effective communication with cancer patients: The use of analogies —A suggested approach. *Annals of the New York Academy of Science* 1997; 809: 179-187.
81. Orr RD. Awakening: bad news and good news. *J Clin Ethics* 1992; 3(3): 204-205.
82. Oxman AD, Guyatt GH. The science of reviewing research. *Ann NY Acad Sci* 1993; 703: 125-131.
83. Parathian AP, Taylor F. Can we insulate trainee nurses from exposure to bad practice? A study of role play in communicating bad news to patients. *J Adv Nurs* 1993; 18(5): 801-807.
84. Pearse P, Cooper C. Breaking bad news. *Med J Aust* 1993; 158(2): 137.
85. Persaud R. Breaking bad news. *Lancet* 1993; 341(8848): 832-833.
86. Peteet JR, Abrams HE, Ross DM, Stearns NM. Presenting a diagnosis of cancer: patients' views. *J Fam Pract* 1991; 32: 577-581.
87. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA* 1996; 276(6): 496-502.
88. Quill TE, Townsend P. Bad news: delivery, dialogue, and dilemmas. *Arch Intern Med* 1991; 151(3): 463-468.
89. Rappaport W, Witzke D. Education about death and dying during the clinical years of medical school. *Surgery* 1993; 113(2): 163-165.
90. Reynolds M. No news is bad news: patients' views about communication in hospital. *Br Med J* 1978; 1(6128): 1673-1676.
91. Roberts CS, Cox ChE, Reintgen DS, Baile WF, Gibertini M. Influence of Physician communication of newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer* 1994; 74: 336-341.
92. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Stiles W, Inui TS. The patient physician relationship. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA* 1977; 277: 350-356.
93. Sablewicz P, Kershaw B, Mangan P. Professional development. Breaking bad news: revision notes. *Nurs Times* 1994; 90(12 Suppl): 9-12.
94. Saltini A. Communication of bad facts. To inform or not to inform the patient: a choice between 2 alternatives? *Recenti Prog Med* 1995; 86(9): 359-366.
95. Saltini A, Dall'Agnola R. Communication of bad information: general indications and guidelines. *Recenti Prog Med* 1995; 86(10): 409-417.
96. Sanson-Fisher R, Cockburn J. Effective teaching of communication skills for medical practice: selecting an appropriate clinical context. *Med Educ* 1997 31(1): 52-57.
97. Santos ZM, Santos G, Abrantes P. Physician patient communication in Oncology. *Acta Med Port* 1994; 7(6): 361-365.
98. Schulman A, Hakanson E. Crisis intervention and requests for organ donation-impossible to reconcile? *Nord Med* 1994; 109(6-7): 182-183.
99. Seale C. Communication and awareness about death: a study of a random sample of dying people. *Soc Sci Med* 1991; 32(8): 943-952.
100. Sell L, Devlin B, Bourke SJ, Munro NC, Corris PA, Gibson GJ. Communicating the diagnosis of lung cancer. *Respir Med* 1993; 87(1): 6163.
101. Seo Y. A preliminary study on the emotional distress of patients with terminal-stage cancer: a questionnaire survey of 1380 bereaved families over a 12-year period. *Jpn J Clin Oncol* 1997; 27(2): 80-83.
102. Short D. The importance of words. *Br J Hosp Med* 1993; 50(9): 548-550.
103. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor patient communication: The Toronto Consensus Statement. *BMJ* 1991; 303: 1305-1307.
104. Singer GR, Koch KA. Communicating with our patients: the goal of bioethics. *J Fla Med Assoc* 1997; 84(8): 486-487.
105. Sledge WH, Feinstein AR. A clinimetric approach to the components of the patient-physician relationship. *JAMA* 1997; 278: 2043-2048.
106. Speck P. Breaking bad news. *Nurs Times* 1991; 87(12): 24-25.
107. Strauss RP, Sharp MC, Lorch SC, Kachalia B. Physicians and the communication of «bad news»: parent experiences of being informed of their child's cleft lip and/or palate. *Pediatrics* 1995; 96(1 Pt 1): 82-89.
108. Strebel U. Bad news, discussion about prognosis, suffering and death. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1996; 85(14): 429-431.
109. Sykes N. Medical students' fears about breaking bad news. *Lancet* 1989; 2(8662): 564.
110. Thayre K, Hadfield-Law L. Never going to be easy: giving bad news. *Nurs Stand* 1995; 9(50 Suppl Nu):3-8.
111. Van Aalten M, Samwei H. Good news about bad news. Psychosocial care concerning disclosure of diagnosis. *TVZ* 1992; 14: 492-495.
112. Van Zuuren FJ, van Schie EC, van Baaren NK. Uncertainty in the information provided during genetic counseling. *Patient Educ Couns* 1997; 32(1-2): 129-139.
113. Vincent C, Young G, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 1994; 343: 1609-1613.
114. Von Bloch L. Breaking the bad news when sudden death occurs. *Soc Work Health Care* 1996; 23(4): 91-97.
115. Wahlberg P. How to tell bad news? *Lakartidningen* 1995; 92(16): 1702-1704.
116. Wood TA. Delivering bad news. *JAMA* 1996; 276(22): 1802.