



DILEMAS ÉTICOS AL FINAL DE LA VIDA: DAR MALAS NOTICIAS

Autores: Marilín Fleitas Amaro¹, Anahy Molinet Buides², Maura Martínez Fleitas³

¹ Máster en Estudios Sociales, Dpto. de Marxismo e Historia, Profesora Auxiliar, FCM "Julio Trigo López, La Habana. Cuba, e-mail: marilinfleitas4@gmail.com
ORCID: <https://www.orcid.org/0009-0007-2824-128X>

²Lic. Enfermería, Dpto. de Ciencias Médicas y Biomédicas, Profesora Asistente FCM "Julio Trigo López, La Habana. Cuba. anahymolinet@gmail.com, ORCID: <https://www.orcid.org/0000-0002-6341-2729>

³ Dra. Residente de Geriatria y Gerontología, Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED), La Habana, Cuba, e-mail: mfmou00@gmail.com, ORCID: <https://www.orcid.org/0009-0007-1631-2710>

RESUMEN

Introducción: Comunicar malas noticias es una de las tareas más difíciles que deben enfrentar los médicos. Todo profesional de la medicina, dado que se relaciona constantemente con otras personas, debe de tener siempre presentes algunas cuestiones éticas y bioéticas, siendo así necesario practicar una ética médica. **Objetivo:** Valorar los dilemas éticos al final de la vida relacionados con la comunicación de malas noticias por el médico al paciente y/o a su familia teniendo en cuenta el papel que juega en ello el personal médico, el paciente y su familia. **Métodos:** Se realizó una revisión del tema a través de la búsqueda en bases de datos indexadas. **Desarrollo:** El desfase que persiste en Cuba respecto al mundo desarrollado no reside en lo que el pueblo quiere o debe conocer, sino en la falta de preparación de los profesionales de salud sobre estos temas. A ninguna persona le gusta ser portadora de malas noticias, pero es una situación imposible de evitar, en algún momento de la vida nos puede tocar. Por todo lo mencionado, es necesario mayor preparación para comunicar malas noticias, siendo importante la capacitación desde los primeros años de estudios. **Conclusiones:** Los profesionales de la salud encontrarán una enorme gratificación al poder ayudar mejor a los pacientes en los momentos en que más lo necesitan. No podemos defraudarlos. Pongámonos ya a la tarea.

Palabras claves: ética, bioética, malas noticias, paciente, médico



INTRODUCCIÓN

“No hay mentira mayor que una verdad mal comprendida”
Williams James

Comunicar malas noticias es una de las tareas más difíciles que deben enfrentar los médicos, a pesar de lo cual ha sido considerada como una competencia menor. Podemos definir la mala noticia como aquella que drásticamente y negativamente altera la propia perspectiva del paciente en relación con su futuro. Los receptores de malas noticias no olvidan nunca dónde, cuándo y cómo se les informó de ella. Los factores que dificultan la comunicación de malas noticias pueden provenir del ambiente sociocultural, del paciente o del propio médico.¹

Muchos médicos han experimentado alguna vez el sentimiento de no haber sabido transmitir bien la gravedad de un paciente a unos familiares atribulados por el sufrimiento y la incertidumbre. Es un sentimiento frustrante, porque haciendo las cosas técnicamente bien el paciente y/o la familia no lo percibe de la misma manera.

La filosofía («amor por la sabiduría») es el estudio de una variedad de problemas fundamentales acerca de cuestiones como la existencia, el conocimiento, la verdad, la moral, la belleza, la mente y el lenguaje. Al abordar estos problemas, la filosofía se distingue del misticismo, el esoterismo, la mitología y la religión por su énfasis en los argumentos racionales por sobre los argumentos de autoridad, y de la ciencia porque generalmente realiza sus investigaciones de una manera no empírica, sea mediante el análisis conceptual, los experimentos mentales, la especulación u otros métodos a priori, aunque sin desconocer la importancia de los datos empíricos.²

La filosofía occidental ha tenido una profunda influencia y se ha visto profundamente influida por la ciencia, la religión y la política occidentales. Muchos filósofos importantes fueron a la vez grandes científicos, ejemplos Aristóteles e Hipócrates los cuales en sus vidas llevaron de la mano la ciencia y la filosofía brindando conocimientos que se mantienen vigentes hasta la actualidad.^{1,2}

Las ramas y los problemas que componen la filosofía han variado mucho a través de los siglos. Dentro de estas ramas encontramos la ética. La ética abarca el estudio de la moral, la virtud, el deber, la felicidad y el buen vivir. La ética normativa estudia los posibles criterios morales para determinar cuándo una acción es correcta y cuándo no lo es. Un ejemplo clásico es visto en la práctica médica, cuando en ciertos momentos es necesario dar una mala noticia.²

Finalmente, la ética aplicada estudia la aplicación de las teorías éticas a asuntos morales concretos y controversiales. Por ejemplo, la bioética se ocupa de las cuestiones relacionadas con el avance de la biología y la medicina, como el aborto inducido, la eutanasia y la donación de órganos, como dar las malas noticias y otros.^{1,2}

La medicina (que significa 'curar', 'medicar') es la ciencia dedicada al estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano, e implica ejercer tal conocimiento técnico para el mantenimiento y recuperación de la salud, aplicándolo al



diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades. La medicina forma parte de las denominadas ciencias de la salud. La historia de la medicina es la rama de la historia dedicada al estudio de los conocimientos y prácticas médicas a lo largo del tiempo.³

Desde sus orígenes, el ser humano ha tratado de explicarse la realidad y los acontecimientos trascendentales que en ella tienen lugar como la vida, la muerte o la enfermedad. Las primeras civilizaciones y culturas humanas basaron su práctica médica en dos pilares aparentemente opuestos: un empirismo primitivo y de carácter pragmático (aplicado fundamentalmente al uso de hierbas o remedios obtenidos de la naturaleza) y una medicina mágico-religiosa, que recurrió a los dioses para intentar comprender lo inexplicable.^{2, 3}

A finales del siglo XIX, los médicos franceses resumían el papel de la medicina hasta ese momento: "Curar pocas veces, aliviar a menudo, consolar siempre".³

Los autores realizaron una revisión bibliográfica sobre el tema con el objetivo de analizar los dilemas éticos al final de la vida relacionada con la comunicación de malas noticias por el médico al paciente y/o a su familia teniendo en cuenta el papel que juega en ello el personal médico, el paciente y su familia.

MÉTODO

Se emplearon los métodos histórico-lógico y de análisis-síntesis. Se realizó una revisión de la literatura disponible en formato digital, escritas en español que abordaban el tema.

Se consultaron un total de 15 referencias, de las cuales se seleccionaron 10. La búsqueda se realizó a través de plataformas virtuales: Scielo, Lilacs, Medline y el motor de búsqueda Google Académico. Los criterios de inclusión fueron: artículos con acceso gratuito publicados en español, se excluyeron estudios cuya calidad metodológica fue baja, evaluándose a través de la lectura crítica.

DESARROLLO

Desde los albores de la humanidad, el ser humano ha tratado de explicarse la realidad y los acontecimientos trascendentales que en ella tienen lugar como la vida, la muerte o la enfermedad. Surge así algún tipo de medicina, que luego poco a poco fue desarrollándose y pasó de un empirismo primitivo y de carácter pragmático a ser toda una ciencia, indispensable para el desarrollo y evolución del hombre. La medicina (que significa 'curar', 'medicar') es la ciencia dedicada al estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano, e implica ejercer tal conocimiento técnico para el mantenimiento y recuperación de la salud, aplicándolo al diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades. Desde tiempos prehistóricos la enfermedad y el dolor han estado unidos con la vida, durante milenios los remedios o tratamientos vienen causando dolor mediante algunas técnicas, algunas incruentas, razón por la cual se llegó a asociar al médico como presagio de dolor y vaticinio de malas noticias, aunque no significa que también sea asociado con salud, cura y bienestar. Razón está por la cual está también, dentro de las múltiples labores del



médico, saber cómo dar una mala noticia, porque además de que es un derecho del paciente, ya que la enfermedad y la muerte son procesos inherentes a la vida, y privar a una persona del conocimiento y control sobre ellos es violatorio de sus derechos, el respeto a la autonomía del paciente requiere que el enfermo conozca su diagnóstico, y así pueda discutir su tratamiento, conocer su pronóstico, y organizar su vida en consecuencia.^{3,4}

También se decidió tratar este tema pues la comunicación de malas noticias es un tema delicado por sus connotaciones éticas y de derecho humano, y a veces es muy mal manejado por algunos de los profesionales de la salud.

Todo profesional de la medicina, dado que se relaciona constantemente con otras personas, debe de tener siempre presentes algunas cuestiones éticas y bioéticas, siendo así necesario practicar una ética médica.

La ética es la parte de la filosofía que abarca el estudio de la moral, la virtud, el deber, la felicidad y el buen vivir, la bioética es una parte de la ética que se ocupa de las cuestiones relacionadas con el avance de la biología y la medicina, como el aborto inducido, la eutanasia y la donación de órganos. La ética médica fue muy prósperamente tratada y tiene su punto de partida antes de nuestra era, simbolizada por el más ilustre médico de la antigüedad, Hipócrates, el cual en su vida llevó de la mano la ciencia y la filosofía brindando conocimientos y doctrinas que han tenido una gran influencia en el ejercicio de la profesión médica en los siglos posteriores.⁵

La ética es la reflexión teórica sobre la moral. La ética es la encargada de discutir y fundamentar reflexivamente ese conjunto de principios o normas que constituyen nuestra moral. La moral es el conjunto de principios, criterio, normas y valores que dirigen nuestro comportamiento. La moral nos hace actuar de una determinada manera y nos permite saber que debemos hacer en una situación concreta.^{3,5}

El principal objetivo del médico, y de la medicina por extensión, es "cuidar la salud del paciente y aliviar su sufrimiento" "El médico pocas veces cura, algunas alivia, pero siempre debe consolar".⁴

Las cualidades que debe poseer un médico son:

- Trato digno al paciente y a los compañeros.
- Control juicioso de la incertidumbre durante el encuentro con el enfermo
- Práctica de una ética de la ignorancia (compartir con el paciente nuestras limitaciones científicas)
- Práctica de una ética de la negativa (para rechazar aquello que no tiene sentido, firme pero amablemente, de pacientes, jefes y compañeros)
- Enorme polivalencia en el limitado tiempo de la atención clínica.⁴

Algunas nociones éticas médicas que debe practicar siempre un médico para con los pacientes y familiares son:

Dedicar nuestros esfuerzos a la prevención, recuperación, rehabilitación y promoción de la salud humana.^{4,5}



- Propiciar que solo se realicen en cada paciente los estudios complementarios indispensables para llegar al diagnóstico correcto, eliminando cualquier tendencia a realizar indicaciones que se aparten de este objetivo y provoquen molestias o peligros innecesarios a los enfermos.
- Respetar el decoro, el pudor y la dignidad de las personas bajo nuestra atención.
- Propiciar una adecuada relación personal con el paciente, que le inspire un estado anímico de seguridad; explicarle su estado de salud y las causas de su enfermedad, con el tacto y la prudencia necesarios, e informarle, oportunamente, las medidas preventivas, de diagnóstico, de tratamiento y de rehabilitación que debe adoptar, o a las que ha de ser sometido.
- Establecer similar relación con los familiares del paciente, informándoles, en cualquier momento, todos los aspectos relacionados con el manejo de la enfermedad, propiciando obtener el máximo apoyo y cooperación posibles, en lo relacionado con la prevención, curación y rehabilitación de su familiar.
- Escuchar las preocupaciones y dificultades del paciente y sus familiares, darles la atención requerida y esforzarnos por viabilizar las soluciones posibles.
- Utilizar, en todo momento de nuestras relaciones con los pacientes y sus familiares, un lenguaje claro, sencillo y comprensible, erradicando cualquier expresión soez o de mal gusto.
- Conservar el secreto profesional, teniendo en cuenta los intereses del paciente, siempre que ello no ocasione un perjuicio social ni ponga en peligro la salud de otras personas.
- No divulgar aspectos de la enfermedad que puedan estar relacionados con la vida íntima del paciente o sus familiares.
- Mantener, en los casos de enfermedades de curso fatal, absoluta o relativa reserva sobre el diagnóstico y pronóstico en relación con el paciente y seleccionar a quién se debe dar esa información con el tacto necesario.
- Atender, de forma solícita y benévola, a toda persona que recabe nuestros servicios, sin mostrar prisa o indiferencia hacia sus padecimientos, ni hacer comentarios indiscretos en su presencia.
- Evitar que lleguen a manos de los pacientes o de sus familiares las historias clínicas, informes de laboratorio, o cualquier otro documento médico que pueda darles indebida o perjudicial información.
- Garantizar que no se interrumpa la asistencia del paciente, en los casos que se requiera su traslado a otra área de servicio o a otro centro.
- Exigir, de aquellos trabajadores que nos están subordinados, la conducta adecuada ante el paciente y sus familiares y en el mismo sentido, actuar con aquellos que, aunque no estén subordinados, intervienen en una u otra forma en el trato a los pacientes.
- Cuidar de no incurrir en el error médico que resulta de una equivocación, aunque no exista mala fe, ni elemento de negligencia, despreocupación o



ignorancia. Debemos evitar a toda costa que nuestro trabajo se afecte por el apresuramiento innecesario, la superficialidad o la rutina.

- Teniendo en cuenta estos principios de la ética médica, podemos desplegar el tema central de este trabajo y para discutir y adentrarnos en el tema de la comunicación de la mala noticia utilizaremos al cáncer como enfermedad tipo, por su frecuencia y connotaciones emocionales. Pero estos principios pueden aplicarse a cualquier enfermedad grave, potencialmente mortal o un tanto desmoralizante y degradante, como el SIDA, la esclerosis lateral amiotrófica, una cardiopatía terminal, la enfermedad de Alzheimer o La enfermedad de Parkinson entre otras.

En la literatura aparecen varios modelos y protocolos recomendados para comunicar malas noticias, lo cual debe ser de conocimiento de todo médico, enfermero u otro profesional de la salud, pues en nuestra profesión estamos obligados a afrontar adversidades constantemente y no siempre los desenlaces son buenos, una buena comunicación puede ayudar a afrontar mejor la pérdida, mitigar el impacto psicológico, evitar que se deteriore la relación médico-paciente e incluso evitar los conflictos éticos y legales. Vamos a hacer referencia a uno de estos modelos que tienen un amplio uso en la Oncología, cuidados paliativos y terapias intensivas, Robert Buckman.^{5,6}

Protocolo de seis etapas de Buckman

El protocolo de Buckman recoge una serie de pasos correlativos para dar una mala noticia. En este sentido, es importante reconocer la importancia de aportar datos clínicamente veraces y preocuparse por el ambiente y el clima emocional del momento.

A continuación, repasamos las fases del protocolo de Buckman:

1. Preparar la entrevista
2. Descubrir qué sabe y qué no sabe el paciente
3. Detectar cuánto y qué quiere saber el paciente
4. Comunicar la información al paciente
5. Responder a la reacción del paciente
6. Diseñar un plan terapéutico

Fase 1: Preparación

El profesional de la salud debe prepararse antes de la conversación, investigando la información necesaria para brindar al paciente una comprensión completa de su situación. Necesitaremos buscar un lugar tranquilo, a poder ser solitario, donde podamos colocarnos en posición cómoda para hablar con la persona sin interrupciones. Podemos utilizar una pregunta introductoria del tipo ¿Cómo se encuentra hoy?, o ¿Qué tal se siente hoy para hablar un rato?

Fase 2: Descubrir qué sabe y qué no sabe el paciente

Tenemos que averiguar el nivel de información con que cuenta el o la paciente previamente, para partir desde ese punto. Podemos usar preguntas como ¿Qué piensa



sobre su enfermedad?, o ¿Cómo considera que es de grave?, para a continuación interesarnos por su preocupación con interrogantes como: ¿Está preocupado/a por...? Es sumamente crucial ir indagando sobre las sospechas que tiene el paciente sobre su condición, teniendo especial cautela si el paciente no sospecha absolutamente nada sobre la condición de la que se le va a informar. No se deben hacer preguntas demasiado directas ni desesperar al paciente dando rodeos innecesarios. Se le puede preguntar qué piensa sobre sus síntomas y qué sabe sobre su enfermedad (si es que ya se le hubo diagnosticado alguna otra dolencia anteriormente).

Fase 3: ¿Qué quiere saber el paciente?

Hay pacientes que se sienten un poco más reconfortados en su ansiedad al conocer todos los detalles de su enfermedad, hasta la más mínima nimiedad. Esto les aporta más claridad para saber a ciencia cierta a qué se enfrentan. Sin embargo, otros pacientes prefieren no atormentarse con todos los pormenores de una enfermedad que, cuando no les esté matando directamente, está devorando parte de su vida.

En cualquier caso, ambas posturas son igual de respetables, por lo que hay que identificar cuánto quiere saber el paciente. En muchos casos, el propio lenguaje no verbal revela sed de conocimiento o cierta repulsa. De todas formas, lo más aconsejable es que el profesional médico pregunte directamente si quiere conocer todos los detalles de su diagnóstico y su enfermedad para obtener una respuesta clara.

Fase 4: Comunicar la información al paciente

Una vez que conocemos cuánto quiere saber el o la paciente, pasaremos a comunicar la información, partiendo del nivel de conocimiento previo del paciente y de su capacidad de asimilación, dependiendo de cómo haya ido reaccionando en las fases anteriores. Se empezarán a tratar elementos de diagnóstico, tratamiento, pronóstico o apoyo. Es obligatorio respetar las decisiones del paciente en cuanto a la decisión de someterse o no a tratamiento.

Fase 5: Responder a los sentimientos del paciente

Podemos esperar todo tipo de reacciones por parte del paciente, pero lo más común es un sentimiento repentino de desesperanza, temor, tristeza e injusticia. Por muchos años que pases dando malas noticias, nunca es sencillo dar una respuesta inequívoca a un hecho que se concibe como una tragedia. No hay una respuesta correcta inequívoca para todos los pacientes, y en algunas ocasiones no podrán calmarse hasta pasado un tiempo.

Durante esta fase, debes tener en cuenta ciertos elementos como:

- Respetar los silencios para facilitar que el paciente reflexione y asuma su condición internamente.
- Mostrar empatía para que el paciente se sienta comprendido y acompañado.
- Fijarse en el lenguaje no verbal del paciente, que dará pistas sobre qué decir y cuándo hablar.
- Escuchar al paciente y dejar que se exprese libremente.



- Respetar al paciente, aunque haga afirmaciones con las que no estemos de acuerdo.

Fase 6: Diseñar un plan terapéutico e indicar los próximos pasos

Sin dar falsas esperanza ni usar frases que no aportan información real del tipo "Todo va a ir bien", procederemos a detallar las estrategias para hacer frente a la nueva situación. Es importante que seamos asertivos/as y que nuestra actitud sea positiva y demuestre control de la situación.

Tenemos que explicitar al paciente que estaremos a su disposición en todo momento para todo aquello que necesite, no solo en referencia a la situación clínica sino también en otros factores interpersonales.

¿Debe decirse la verdad?

El paciente debe conocer el diagnóstico de su enfermedad, incluso de afecciones graves o potencialmente fatales, por dos razones:

1. Razón moral (punto de vista ético clásico o formal): garantizar su autonomía.
2. Razón médica (punto de vista utilitarista o de beneficencia): favorecerle psicológica y físicamente.⁶

Fundamentación bioética para decir la verdad.

El «mantra de Georgetown» nos plantea cuatro principios bioéticos, aceptados de manera general: autonomía, beneficencia, no maleficencia, y justicia social, aunque requieren interpretarse y aplicarse sobre sólidas bases morales para evitar resultados torcidos. La autonomía del paciente depende en gran medida de que se le comunique la información más completa posible sobre su enfermedad. La ocultación de información (por ejemplo, del diagnóstico o de riesgos) a un enfermo mentalmente competente no es un acto benévolo sino violatorio de sus derechos. El juicio del paciente debe respetarse. Además, no nos engañemos: el enfermo generalmente conoce su diagnóstico, se le haya dicho expresamente o no:

- Por el elevado nivel cultural de la población, en particular sobre temas de salud.
- Por la divulgación amplia de las señales de alerta del cáncer: medios masivos, organizaciones de masas, trabajo de atención primaria de salud.
- El paciente percibe los mensajes verbales o extraverbales de sus familiares y del personal de salud, e interpreta otras informaciones: qué tipo de especialista le atiende, qué tipo de operación le hacen, qué tratamiento le aplican (radioterapia, aunque le llamen «calores», quimioterapia, aunque le llamen «sueros»⁴).

La barrera de incomunicación entre el enfermo y sus allegados o el personal de la salud, determina que con frecuencia fallezcan solos, «sin haber recibido una explicación adecuada de sus dolencias por creerse que no podrían soportar conocer su problema [...] abrumados por sus pensamientos, sin haber podido dejar todos sus asuntos previamente en orden para morir en paz». Creemos que es necesario decirle que tiene un cáncer u otra enfermedad:



- Al paciente con posibilidades de curarse, para que conscientemente participe en su tratamiento y le estimule a modificar su estilo de vida (tabaquismo, dieta, etcétera).
- Al paciente que probablemente morirá, para que, además de cooperar en el tratamiento para prolongar su vida y mejorar su calidad de vida, pueda disfrutar del despertar de una nueva conciencia. Que pueda «prepararse y preparar» su muerte, tanto psicológicamente (fe en sí mismo o en una religión), como social y materialmente (relaciones con sus seres queridos, asuntos financieros, herencia, terminar tareas que quiera dejar como herencia espiritual o material después de su desaparición), y dictar sus directivas anticipadas.⁷

El paciente quiere conocer sobre su enfermedad y sus opciones de tratamiento. En la mayoría de los casos, el médico no debe estar autorizado a mentir «en bien del paciente». El deseo de conocer la verdad es influido, pero no determinado por el país de residencia, su cultura, creencias religiosas u otros factores, pues ese conocimiento les permite comprender lo que les ocurre –al evitar el temor a lo desconocido– y mantener el control sobre sus vidas (autonomía, autodeterminación). Las diferencias entre países en este sentido parten del delicado balance entre autonomía y beneficencia en medicina, modulado por la influencia de variables culturales y socioeconómicas. Hasta hace unos cincuenta años, ningún país practicaba sistemáticamente la comunicación de la verdad.^{3,7}

Consentimiento informado y conocimiento de la verdad

Ética y legalmente es imposible que exista un consentimiento informado, sin información del diagnóstico. Todo ocultamiento de los datos necesarios para un consentimiento inteligente es una violación ética. Las regulaciones legales sobre el tema son todavía insuficientes en Cuba, pero no prohíben expresamente la comunicación del diagnóstico, aunque sí el hecho de que no tiene cura.

Los requisitos de un consentimiento informado válido que garantice la autonomía del sujeto, pueden resumirse de la manera siguiente:

- Competencia: capacidad del enfermo de comprender, razonar y tomar decisiones.
- Información: diagnóstico, tipo de tratamiento y su objetivo, riesgos o molestias previsibles, beneficios potenciales, alternativas disponibles.
- Comprensión: de todo lo comunicado, incluidos sus derechos como persona y paciente. Muchas personas no se dan cuenta de que cuando se les pide su consentimiento para un proceder tienen el derecho de rechazarlo.
- Voluntariedad: el enfermo otorga su consentimiento de forma libre, sin coerciones o influencias indebidas. El médico puede aconsejar sobre una decisión según su buen juicio, pero en actitud de «neutralidad orientadora», sin obligar en una dirección, y haciéndole saber al paciente que cualquiera que sea su decisión continuará prestándole todo su apoyo.^{3,7}



- Decisión, que no es simplemente poner su firma en un modelo, sino la culminación consciente de todo el proceso previo.

El paciente tiene derecho a:

- Conocer su diagnóstico y pronóstico (comunicación modulada según su personalidad o estado emocional), el tratamiento y sus posibles complicaciones.
- Participar activamente en la toma de decisiones sobre su afección y persona.
- Que el personal de salud le trate con amabilidad, paciencia y comprensión, aun cuando las decisiones del paciente vayan en contra de sus consejos.
- Que se le mantenga viva una esperanza realista –aún en las condiciones más desesperadas–, pero no una falsa esperanza. ^{7,8}

El profesional de la salud puede incurrir en dos errores extremos:

1. Ocultarle al paciente el diagnóstico y, por el contrario, comunicarlo a sus familiares. Esto levanta una barrera de incomunicación y propicia situaciones en las que es la familia y no el enfermo quien toma decisiones vitales. No es raro que en una consulta el médico mande a salir al paciente de la consulta para quedarse a solas con su familia y discutir a sus espaldas sobre su vida.
2. Decirle al paciente el diagnóstico, pero de una forma cruda, impersonal, que conduce al sufrimiento y al deterioro de la relación con el personal de salud. ⁸

Excepciones de la comunicación de la verdad

Aunque el principio de autonomía, partiendo del conocimiento de la verdad, debe respetarse siempre que sea posible, hay situaciones en las que el médico está autorizado a ejercer su «privilegio terapéutico» en bien del paciente, y se acepta no comunicar la verdad ni obtener consentimiento del paciente, o diferirlo:

- Estado mental del paciente: paciente incompetente (enfermo mental, enfermo inconsciente, niño pequeño).
- Conveniencia de diferir una información que no tiene influencia sobre la decisión y puede dañar el bienestar del paciente. Por ejemplo, un enfermo acepta que le operen por un gran tumor, y justo antes de ser anestesiado le pregunta al cirujano si va a salir bien. Ya antes se le había informado y se había decidido; ahora no se le beneficia respondiendo “¡No le puedo garantizar nada!”
- Negación del paciente a ser informado: si el paciente pide expresamente que no se le informe. Esta es una forma (invertida) de autonomía que hay que respetar, dejando la puerta abierta para una comunicación futura, si su actitud cambia. ^{8,9}

En Cuba:

Hasta hoy prevalece la opinión entre los profesionales de la salud de que el pueblo cubano no quiere saber la verdad, lo que es una creencia hija de la falta de estudios apropiados. Para resolver este problema, se realizó en Cuba una investigación y los



resultados indicaron que la población estudiada sí quiere conocer el diagnóstico de enfermedades graves, incluido el cáncer. Decir lo contrario es perpetuar un mito que ignora los verdaderos deseos de la población y subestima el nivel cultural y emocional del cubano moderno.⁷

El desfase que persiste en Cuba respecto al mundo desarrollado no reside en lo que el pueblo quiere o debe conocer, sino en la falta de preparación de los profesionales de salud sobre estos temas. Estos no reciben entrenamiento sobre cómo hacerlo; ni siquiera saben que es correcto hacerlo: "No hay ley que me ampare", "Debo evitarle sufrimientos al paciente". No se dan siquiera cuenta de la incongruencia entre el hecho de que niegan a los pacientes el conocimiento de un cáncer (curable de forma global en cerca del 50% de los casos), y sin embargo se lo dicen siempre a los enfermos con SIDA (mortal en casi el 100% de los casos). Los médicos no son entes aislados de su medio social y sus criterios y prácticas pueden estar plagados de prejuicios.^{8, 10}

En el próximo período de sesiones de la Asamblea Nacional del Poder Popular que tendrá lugar en diciembre del 2023 será objeto de análisis, discusión y aprobación de la Ley de Salud Pública que en su proyecto incluye pronunciamientos sobre el derecho de los pacientes a morir dignamente. En particular, la atención y los cuidados paliativos a pacientes con enfermedades terminales, agónicas o con sufrimiento intratable y procedimientos extraordinarios o desproporcionados relacionados con perspectivas de la mejoría y terapias que finalizan la vida.¹⁰

CONCLUSIONES

Aunque la comunicación de malas noticias es un asunto difícil e incómodo para los médicos, existe evidencia de que la utilización de un enfoque humanístico y protocolizado, como el comentado de Baile-Buckman y el aprendizaje de ciertas habilidades de comunicación, pueden mejorar significativamente esta tarea y, como resultado, el modo en que el binomio paciente/familia se enfrentará al proceso morboso.

Existen protocolos para comunicar malas noticias. Sin embargo, una condición común entre los profesionales de salud y principalmente entre los médicos, pese a la necesidad diaria de comunicarlas, es la escasez de capacitación en esta temática y, asociado a la falta de apoyo de médicos con mayor experiencia para informarlas, terminan contribuyendo a la carencia de cuidado ante una situación especial como es el comunicar malas noticias, trayendo en consecuencia, el quiebre en la calidad de atención del paciente y el cuidado emocional del propio médico responsable en hacerlo.

Es necesario mayor preparación para comunicar malas noticias, siendo importante la capacitación desde los primeros años de estudios, con temas sobre metodologías relacionadas a comunicar malas noticias, las cuáles permitirán desarrollar habilidades en base a intervenciones organizadas y estandarizadas.



Sin duda, queda mucho por hacer para la mejora de nuestras capacidades de comunicación. Además, los profesionales de la salud encontrarán una enorme gratificación al poder ayudar mejor a los pacientes en los momentos en que más lo necesitan. No podemos defraudarlos. Pongámonos ya a la tarea.

BIBLIOGRAFÍA

1. León-Amenero D, Huarcaya-Victoria J. El duelo y cómo dar malas noticias en medicina. *An Fac Med*. 2019; 80(1): 86-91.
2. Ramírez-Ibáñez MT, Ramírez-de la Roche OF. Cómo comunicar malas noticias en la práctica médica. *Aten Fam*. 2015; 22(4): 95-6.
3. Riquelme A, Martín M, Ortigosa J. Cómo dar malas noticias [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Medicina Interna. c2021 [consultado 19 jul 2021]. 4 p.
4. Pinilla Villegas, V. Revisión bibliográfica: comunicación de malas noticias en cuidados paliativos [Internet]. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". 2018 [consultado 19 jul 2021]. Aprox. 5 p.
5. Herrera A, Ríos M, Manríquez JM, Rojas G. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Revista Médica de Chile*. 2019;142(10):1306-15.
6. Meitar D, Karnieli Miller O, Eidelman S. El impacto de las dificultades personales de los estudiantes de medicina senior en sus patrones de comunicación para dar malas noticias. *Acad Med* [Internet]. 2009 [Citado 12/05/2020];84(11):1582-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181bb2b94>
7. Solé Delgado C, Fabra Garrido C, Bonet de Luna C. El Kairós griego: cómo y cuándo decirle al paciente o a los padres lo que sospechamos. *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2018 [Citado 12/05/2020];61(3):261-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-6322018000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Navas GC, Martínez JD, Bermúdez DF. Estrategia de simulación para aplicar el protocolo *SPIKES* en la comunicación de malas noticias. *Universitas Médica* [Internet]. 2020 [Citado 12/05/2020];61(3):[Aprox. 2p.]. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/27684>
9. Mirón González R. Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera. *Rev Esp Com Sal*. 2018;1(1):39-49.
10. Quevedo Aguado MP, Benavente Cuesta MH. Aportaciones de la Psicología a la comunicación en el ámbito sanitario. *Ciencias Psicológicas* [Internet]. 2019 [Citado 12/05/2020];13(2):317-32. Disponible en: <http://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1889>