

El cine y la comunicación de malas noticias

Ana Isabel Gómez Cordoba¹, Haroldo Estrada²

¹Departamento de Ciencias Clínicas, Bioética y Derecho Médico. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Programa de Medicina de la Universidad del Rosario. Bogotá (Colombia).

²Departamento Médico, Oncología Clínica. Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena (Colombia).

Correspondencia: Anai.gomez@urosario.edu.co, jurassic-rock@unicartagena.edu.co

Recibido el 27 de febrero de 2015; modificado el 13 de mayo de 2015; aceptado el 2 de junio de 2015.

Como citar este artículo: Gómez Cordoba AI, Estrada H. El cine y la comunicación de malas noticias. Rev Med Cine [Internet] 2016;12(1): 21-32.

Resumen

La comunicación de malas noticias requiere que los profesionales de la medicina tengan una serie de competencias que garanticen que el paciente cuente con la información requerida para la toma de decisiones, sin que este proceso produzca un daño adicional, e incluso tenga un efecto terapéutico. Además, el médico no debe exponerse a un riesgo jurídico o al estrés asociado a la incapacidad para afrontar los sentimientos del paciente, sus familiares o los propios. En este artículo se expondrán los aspectos de la comunicación de las malas noticias en el ámbito de la relación médico-paciente. Se empleara como hilo conductor el modelo EPICEE y, como estrategia pedagógica en la formación médica, la discusión de segmentos de películas relacionadas con el tema: *El doctor, 50/50, Las invasiones bárbaras, Alas de vida, Quédate a mi lado, Cartas a Dios, Wit, La mariposa azul, El poder de la amistad, La vida sin mí, Hazme reír, Golpeando las puertas del cielo, Mi vida, Un loco suelto en Brooklyn, Cómo suicidarse y no morir en el intento, Una lección de vida y El sacrificio de una madre.*

Palabras clave: Comunicación de malas noticias, películas, EPICEE.

Cinema and the communication of bad news

Summary

Breaking Bad News requires medical professionals possess a range of skills to ensure that the patient has the information required for decision-making, this process occurs without further damage and even has a therapeutic effect, and another, that the doctor is not exposed to legal risk or stress associated with the inability to cope with the feelings of the patient, their families or themselves. This article discusses the aspects of communication of bad news in the field of doctor-patient relationship will be presented. The SPIKES model and discussion of movie segments related to the subject was employed as a thread, such as *Doctor, 50/50, The Barbarian Invasions, Wings of Life, Stepmom, Letters to God, Wit, The butterfly blue, The power of friendship, Life without me, Make me laugh, Knockin 'on Heaven's Door, My Life, A crazy Loose in Brooklyn, As suicide and not die in the attempt, A lesson of life, and The sacrifice of a mother, as a pedagogical strategy in medical training.*

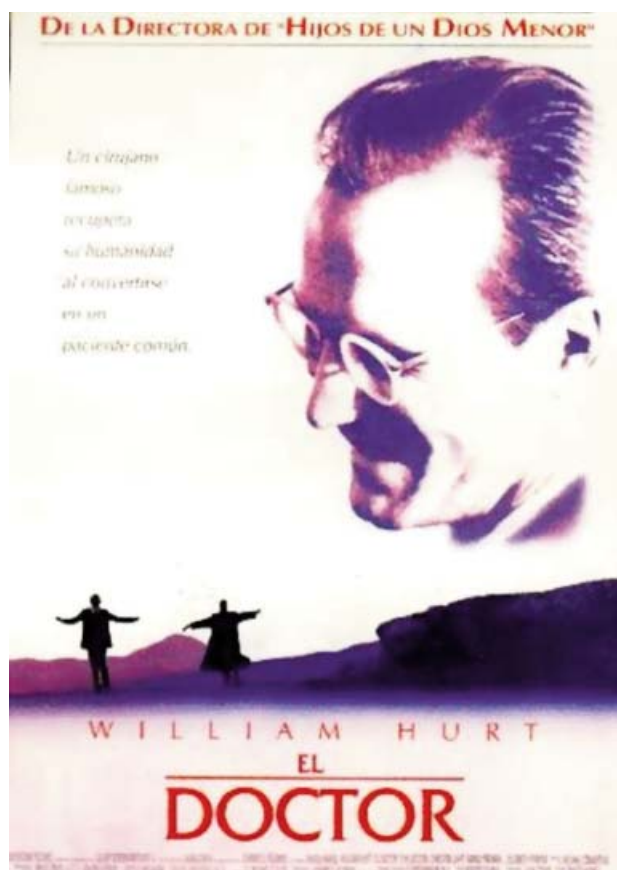
Keywords: Breaking bad news, Movies, SPIKES.

Los autores declaran que el artículo es original y que no ha sido publicado previamente.

Introducción

Las competencias comunicativas son, sin lugar a dudas, una de las más importantes habilidades que deben tener los médicos. Si bien diversos grupos de educación médica han insistido en la necesidad de formación en estas capacidades^a, frecuentemente está ausente en los programas de pregrado y posgrado, lo cual afecta la percepción de la calidad del acto médico.

Esta situación es especialmente sensible cuando se trata de transmitir malas noticias. En estos casos, un inadecuado proceso de comunicación puede producir sufrimiento y dolor adicional en el paciente y su familia, y para el profesional de la medicina aumenta el riesgo de demandas, las cuales se asocian con mayor frecuencia a la mala relación médico-paciente que al acto de cuidado en sí. Además, surgen en el médico sentimientos de miedo, culpa, angustia, incompetencia y agotamiento laboral¹.



Existen ámbitos del cuidado y especialidades en las que se hace especialmente compleja la comunicación de malas noticias, como es el caso del servicio de urgencias o de cuidado intensivo, o las especialidades de medicina de emergencia, oncología y medicina intensiva, entre otras.

En cada uno de ellos se verifican procesos distintos, como la comunicación de la muerte de una persona a sus familiares, el diagnóstico de una enfermedad con mal pronóstico, la decisión de readecuar el esfuerzo terapéutico, la muerte encefálica o la solicitud de donación de órganos, entre otros.

Debe precisarse que si bien no existen fórmulas mágicas para el delicado arte de dar malas noticias, las competencias comunicativas sí pueden ser enseñadas. Existen elementos básicos que deben hacer parte de los programas de entrenamiento médico para garantizar que el proceso comunicativo cumpla las necesidades y expectativas del paciente o sus familiares, influya de manera positiva en la percepción de la enfermedad y fortalezca la relación terapéutica.

Se han propuesto diversas estrategias de entrenamiento con distinto grado de efectividad, las cuales incluyen cursos intensivos o el uso de diversas estrategias, como lecturas didácticas, discusión en pequeños grupos, juego de roles, talleres, clases magistrales, grabación de dramatizaciones, pacientes simulados y uso de herramientas informáticas².

En este artículo revisaremos los aspectos básicos del proceso de comunicación y los específicos de la transmisión de malas noticias. Como hilo conductor emplearemos la estrategia EPICEE y daremos ejemplos mediante el análisis de fragmentos de 17 películas: *El doctor*, *50/50*, *Las invasiones bárbaras*, *Alas de vida*, *Quédate a mi lado*, *Cartas a Dios*, *Wit*, *La mariposa azul*, *El poder de la amistad*, *La vida sin mí*, *Hazme reír*, *Golpeando las puertas del cielo*, *Mi vida*, *Un loco suelto en Brooklyn*, *Cómo suicidarse y no morir en el intento*, *Una lección de vida* y *El sacrificio de una madre*.

1. Comunicación de malas noticias

1.1. Definición

Una mala noticia se define como “cualquier información que afecta negativa y gravemente a la visión de

a. Tomorrow Doctor's, El Libro Blanco (de los decanos de medicina en España), el Proyecto Tuning América Latina, el Documento de las Universidades de Cataluña, el Documento Scottish Doctor o el Global Minimum Essential Requirements, entre otros.

un individuo sobre su futuro”³. También se entiende como aquella información que genera un sentimiento de desesperanza o de amenaza para el bienestar físico o mental, es decir, una información que altera el estilo de vida o que reduce las opciones de vivir⁴.

Los tipos de malas noticias son: “eventos inesperados (trauma), complicaciones en enfermedades benignas, enfermedades de curso crónico o invalidantes y enfermedades terminales”⁵.

En el espectro de las malas noticias se incluyen: enfermedades crónicas que implican cambios en el estilo de vida del paciente (diabetes), asociadas a pérdidas funcionales (impotencia), con tratamientos que implican sufrimiento o dolor (amputación de un miembro), que tienen mal pronóstico o que aceleran la muerte (cáncer de páncreas) o que son inoportunas (se dan en un momento vital de la vida personal, como puede ser una boda o el nacimiento de un hijo o nieto)⁶. También están los fracasos o la falta de alternativas terapéuticas (rechazo de un trasplante), o las consecuencias graves asociados con estos (compromiso del estado inmune o hematológico)⁷.

Sin embargo, una mala noticia adquiere su significado desde la perspectiva del paciente. En este orden de ideas, es posible que una patología que desde el punto de vista médico se califique como “mala”, desde la visión del paciente no lo sea, debido a que tiene poco impacto en su estilo de vida o incluso le genera una ganancia secundaria (como puede ser una pensión por invalidez)¹.

Son diversas las barreras que impiden la adecuada comunicación de una mala noticia, y estas dependen del paciente, de su familia o del mismo profesional de la salud. En el caso del paciente, se relaciona con el grado de conocimiento de la situación, su edad (muy joven o muy anciano), la gravedad, el pronóstico los antecedentes patológicos, el entorno socio-familiar, el estado mental y la personalidad (manipuladores agresivos, litigante, poco colaborador, adicto, excesivamente optimista). Por su parte, en el profesional de la medicina está el temor a causar dolor, al fracaso terapéutico, a las demandas o a enfrentar las propias emociones⁸.

1.2. Modelos de comunicación de malas noticias

En general, la literatura recomienda que se tenga en cuenta una serie de pasos al momento de comunicar malas noticias. Son diversos los modelos que se han propuesto, dentro de los cuales están los Protocolos SPIKES (traducido al español como EPICEE), de Buckman, ABCDE y BREAKS.

El protocolo SPIKES incluye seis pasos: *Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy y Summary*⁹. En español, EPICEE significa: Entorno, Percepción del paciente, Invitación, Comunicar, Empatía y Estrategia⁶.

La técnica de Buckman incluye seis etapas: 1) Preparar la mala noticia; 2) Saber qué sabe o sospecha; 3) Saber qué quiere saber; 4) Aportar información; 5) Asumir reacciones, y 6) Preparar un plan de cuidados y seguimiento¹.

El modelo ABCDE contempla los siguientes pasos: *Advanced preparation, Build a therapeutic environment/relationship, communicate well, Deal with the patient and family reactions, Encourage and validate emotions*.

El protocolo BREAKS incluye: *Background, Rapport, Explore, Announce, Kindling y Summarize*¹⁰.

2. El modelo EPICEE

A continuación se empleará el modelo EPICEE para desarrollar los aspectos más importantes de la comunicación de malas noticias.

2.1. Entorno. ¿Cuáles son el escenario y momento ideal para dar una mala noticia?

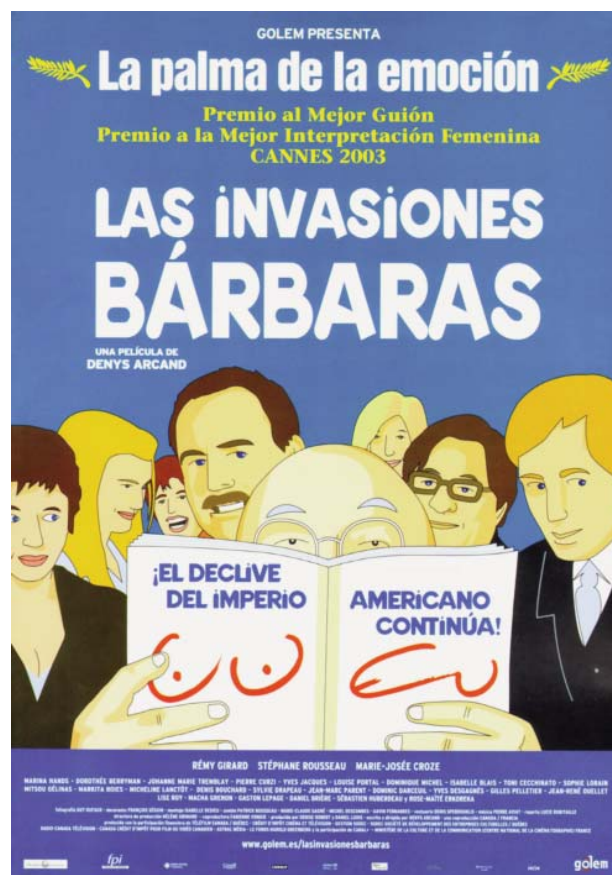
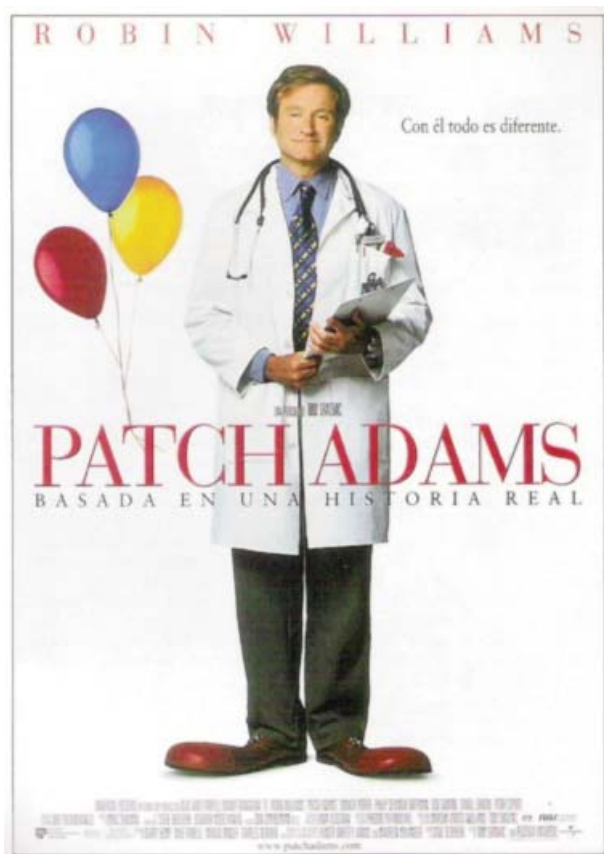
Es necesario elegir cuidadosamente el lugar donde se comunicara una mala noticia. Este debe garantizar que se proteja la intimidad del acto; se requiere un especial cuidado cuando se comparten habitaciones en los hospitales o se está en un servicio de observación en urgencias. El paciente y el médico deben sentirse cómodos y la disposición espacial debe favorecer la cercanía y el contacto físico y visual. Es importante evitar las barreras físicas (el escritorio del consultorio, por ejemplo), el ruido ambiental y las interrupciones causadas por el uso del teléfono o por el ingreso de personas al consultorio o a la habitación. Estas precauciones también se deben tener en cuenta cuando el proceso de información se lleva a cabo en el domicilio del paciente¹¹.

En la película *Patch Adams*, durante una revista médica el instructor con su grupo de estudiantes está valorando a una paciente que se encuentra en un pasillo del servicio de urgencias, e ignorándola y con lenguaje técnico describen las posibles complicaciones, como úlceras y necrosis, así como la posibilidad de ser amputada debido a la diabetes que padece. En la expresión de la paciente podemos observar el horror y desconcierto que produce esta noticia, así como el alivio que significa que

el protagonista, Patch Adams, la llame por su nombre y tenga contacto visual y físico con ella^b.

La comunicación de una mala noticia difiere sustancialmente cuando se conoce o no previamente al paciente. De ahí que sea vital el saber aspectos biográficos del paciente que permitan centrar en ellos el proceso de comunicación. Se debe preparar el encuentro, conocer con profundidad la historia, tener certeza sobre el diagnóstico y el pronóstico para evitar equivocaciones que produzcan sufrimiento innecesario, prever las posibles preguntas y preparar las respuestas. Por otra parte, se debe preguntar al paciente si desea estar acompañado o no¹.

En *Las invasiones bárbaras*, un médico entra a la habitación de un paciente aquejado de una enfermedad terminal; aun así, el paciente exhibe un fantástico sentido del humor. Al despedirse, el médico lo llama “Monsieur Parenteau”, y él le responde, gracias “Dr Dubé”, a lo que el profesional replica que ese no es su nombre. El paciente le indica que él tampoco es “Monsieur



Parenteau” y menciona cuantas veces ni siquiera se toman el cuidado de saber con quién están tratando^c.

2.2. Percepción e invitación

2.2.1. ¿Quién debe informar?

La persona del equipo de salud que debe comunicar las malas noticias es aquella que esté mejor capacitada para hacerlo, que conozca con mayor profundidad al paciente, de tal forma que pueda responder todas las preguntas y plantear un plan de cuidado acorde con sus necesidades¹. Se sugiere que sea el médico tratante y que esta responsabilidad no sea compartida o fragmentada⁵.

En la película *Cómo suicidarse y no morir en el intento*, Harbour, quien padece un cáncer de páncreas incurable, se entera de su padecimiento debido a que una enfermera presupone que el ya conoce su estado y

b. Esta escena de *Patch Adams* está disponible en: <http://youtu.be/IFKIkEVG99U>

c. Esta escena de *Las invasiones bárbaras*, está disponible en: <http://youtu.be/R9vxU2wbAoY>

le comenta inadvertidamente sobre esta situación. En este caso, la reacción es adversa y provoca que el paciente pierda la confianza en su médico tratante y decida optar por no tratarse y morir^d.

2.2.2. ¿A quién y qué tanto se debe informar?

Durante 25 siglos, la relación médico-paciente fue de tipo paternalista, regida por los principios de beneficencia y no maleficencia, de la tradición hipocrática. En la década de 1960 emerge la autonomía como uno de los principios rectores. Este principio se entiende como el derecho que tiene toda persona a autodeterminarse, a tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud según sus valores, creencias y necesidades, así como con sus ideales de felicidad, incluso cuando estas decisiones son perjudiciales para sí mismo, siempre y cuando no se afecte el derecho de terceros o el bien común.

Para el adecuado ejercicio de la autonomía se requiere de discernimiento, intención y libertad. El respeto a este derecho se manifiesta en el acto del cuidado de la salud en la necesidad de requerir el consentimiento informado para todos los procedimientos que impliquen un riesgo psicológico o físico del paciente, para participar en investigación o docencia o para el tratamiento de datos personales.

Respecto a quién se debe comunicar la mala noticia, se puede hacer directamente al paciente o a sus familiares cuando este así lo decide o cuando su edad o condición obligan a que sea con la persona que lo representa ante la ley. En el caso de menores de edad, si bien los padres que ostentan la patria potestad son los depositarios en primera instancia de esta información, el derecho internacional protege en niños y adolescentes el derecho a saber o no saber y a la intimidad, de forma progresiva en razón de su discernimiento.

Dado que se debe respetar el derecho a ser informado o no, es necesario explorar el grado de información que tiene el paciente sobre su diagnóstico y pronóstico, e indagar si desea o no conocer la información.

Acorde con este derecho, el protocolo de Baile-Buckman propone “antes de hablar, preguntar”, e interpelar así: “¿qué se le ha dicho de su problema hasta el momento?” o “¿está usted preocupado por lo que le está pasando?”⁸. También se proponen algunas de las frases que se pueden emplear para cumplir con estos propósitos: “¿Cómo se encuentra hoy?”, “¿Qué tal?, ¿cómo se

siente?”, “¿Se siente hoy lo suficientemente bien para hablar un rato?”, “¿Qué se le ha dicho de su problema hasta el momento?”, “¿Está usted preocupado por lo que le está pasando?”, “¿Qué quiere saber sobre su enfermedad?”, “¿Le gustaría que le dijera todos los detalles de su proceso?” En caso negativo, “¿hay alguien a quien preferiría que yo se lo contara?, ¿Qué le a usted interesa saber del procedimiento al que va a ser sometido?”¹².

En caso de que el paciente no desee ser informado, se deberá acordar con este quién recibirá la información y tomará las decisiones. Si el paciente no desea que ninguno de sus familiares sea informado, se debe respetar este derecho, y el médico podrá tomar las decisiones acorde con los deseos del paciente o con su mejor interés.

Son múltiples las películas en las cuales un médico debe informar a un paciente sobre una enfermedad terminal o que amenaza gravemente su vida. Este el caso de *El doctor*, *50/50*, *Wit*, *Hazme reír* y *Una lección de vida*. En ninguna de ellas el profesional de la salud explora el



d. Esta escena de *Cómo suicidarse y no morir en el intento*, está disponible en: http://youtu.be/iwfe-q8QJ_E

deseo del paciente respecto a si desea o no saber cuál es su estado. En *Un loco suelto en Brooklyn*, el médico de turno se percató de que el protagonista no ha tenido contacto con su médico tratante y desconoce los resultados de la tomografía cerebral que revela un aneurisma. Aunque le pregunta si conoce el resultado de las pruebas diagnósticas, su lenguaje no verbal le revela que algo grave está sucediendo^e.

2.3. La conspiración del silencio

En situaciones de muerte inminente, en especial en menores de edad o en personas adultas mayores, los familiares son reticentes a revelar el diagnóstico y la gravedad del pronóstico al paciente. Este hecho se denomina “la conspiración del silencio” y se define como “el acuerdo implícito o explícito, por parte de familiares, amigos y/o profesionales, de alterar la información que se le da al paciente con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico, y/o gravedad de la situación”¹³.



d. Esta escena de *Un loco suelto en Brooklyn*, está disponible en <http://youtu.be/hsbMN3hCdV4>

f. Esta escena de la película *Cartas a Dios*, está disponible en: <http://youtu.be/R6ZUIIweNw8>

La “conspiración” puede ser *parcial* o *total*. En la primera el paciente conoce el diagnóstico, pero no la gravedad de su enfermedad, y en la segunda desconocen ambos. También puede ser *adaptativa*, cuando el propio paciente está en fase de negación, o *desadaptativa*, cuando es la familia la que niega el acceso a la información frente a los cuestionamientos del paciente¹⁴.

Esta “conspiración” se fundamenta en la creencia de que la información puede producir un mayor daño que beneficio para el paciente o que éste no cuenta con la competencia o el discernimiento para entender la situación, asimilarla y tomar decisiones informadas.

Ahora bien, la “conspiración del silencio” puede tener su explicación en factores culturales, como el deber de cuidado de los hijos a sus padres, lo cual incluye ahórrales sufrimiento⁷.

La figura del privilegio o necesidad terapéutica puede ser empleada por los profesionales de la salud para justificar que no se informe al paciente cuando este no es competente, cuando previsiblemente se producirá un daño grave con la comunicación de una mala noticia o cuando tiene antecedentes de enfermedad psiquiátrica o de autoagresión. Estas circunstancias son la excepción a la regla, y se deben acompañar de registro de este hecho en la historia clínica y la razón en la que se fundamenta¹¹.

Las personas capaces legalmente y competentes tienen el derecho tanto a ser informadas como a no serlo. En el caso de menores de edad, este derecho también debe protegerse y se ejerce en proporción a la madurez y el grado de competencia del niño o el adolescente.

En *Cartas a Dios*, Óscar, un niño en edad escolar, se encuentra hospitalizado y el trasplante que se proponía como última alternativa terapéutica fracasa. El médico y los padres deciden no informarle de su estado; sin embargo, él se oculta detrás de una puerta y se entera de que se está muriendo. Este silencio rompe la armonía familiar, y produce un alejamiento afectivo del niño hacia los padres, debido a que él interpreta su decisión como una falta de amor^f.

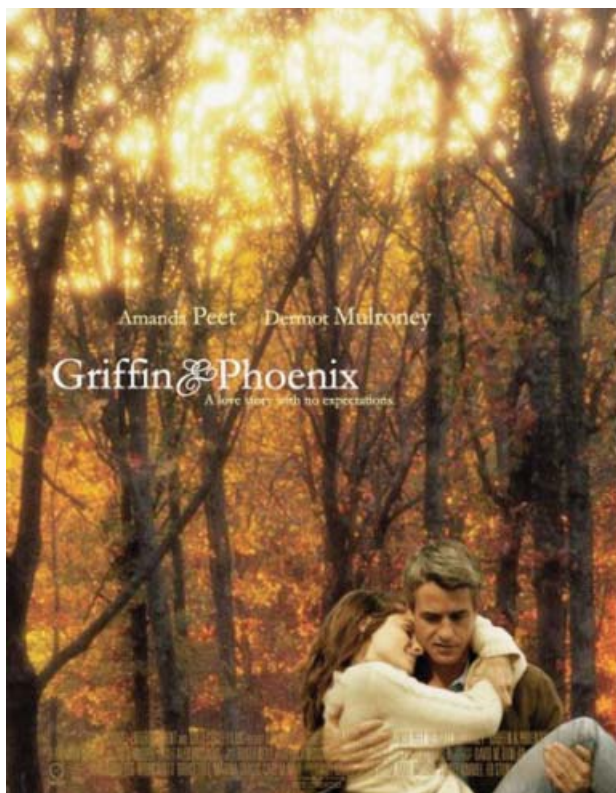
2.4. Conocimiento. ¿Cuál es el objetivo de la información y cómo se debe informar?

En la comunicación de malas noticias, la entrega de información tiene como objetivo que el paciente “disponga

de aquella [información] que necesita y desea, de la manera que la comprenda y la pueda utilizar”¹⁵. Generalmente las expectativas de información son mayores, e incluyen el pronóstico, la tasa de supervivencia, el nivel de funcionalidad o la respuesta al tratamiento. Sin embargo, es el paciente quien determina el ritmo del proceso de comunicación⁷.

Un ejemplo de la pauta que da el paciente para el proceso de comunicación lo ofrece *Una lección de vida*, donde la médica trata de aclimatar la noticia de una enfermedad mortal, pero al poner un vaso de agua sobre la mesa cuando que el paciente se sienta, este le indica que ese gesto es muy curioso y la invita a que vaya al grano y le diga de una vez la verdad^g.

Dependiendo de la gravedad de la información y de la reacción del paciente, se pueden emplear técnicas de información escalonada, en la cual, poco a poco, a través de silencios se logra informar al paciente o técnicas de aclimatación en las que se requiere incluso de días (como es el caso del proceso de consejo genético o en casos de VIH)¹.



g. Esta escena de *Una lección de vida*, está disponible en: <http://youtu.be/BwScgFg1Ti8>

h. Esta escena de *Golpeando las puertas del cielo*, está disponible en: <http://youtu.be/WJl-Kc5KGMw>

i. Esta escena de *Wit*, está disponible en: <http://youtu.be/QijVLwwMxTs>

Uno de los criterios que se emplean para determinar la velocidad y los contenidos de la comunicación es el de la “verdad soportable”, entendida como aquella información cierta que puede asumir y aceptar el paciente. La *soportabilidad* es cambiante en función del tiempo de evolución de la enfermedad y de la información recibida¹¹.

En *Golpeando las puertas del cielo*, se contraponen dos procesos de comunicación de malas noticias, uno de los cuales es brutal, culpabiliza al paciente de su estado y no brinda ninguna esperanza; en el otro el médico paulatinamente amortigua la verdad, de tal forma que esta sea soportable para el paciente^h.

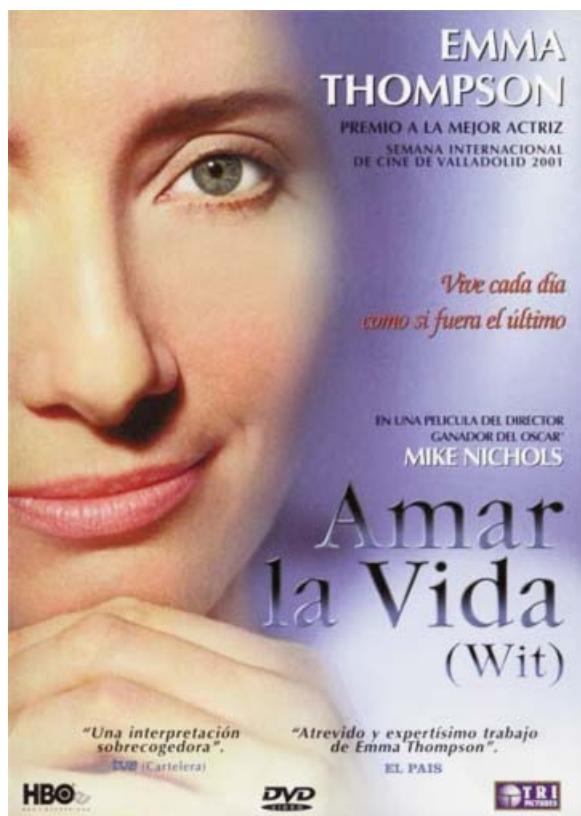
Así mismo, deben evitarse mensajes que generen culpa en el paciente o en su familia y, al contrario, propender por aquellos que generan alivio del dolor o de la culpa.

Es necesario dosificar la información según con los deseos, las necesidades y las reacciones del paciente. Se debe procurar emplear un lenguaje que sea fácilmente comprensible y evitar frases de alto contenido emocional negativo, como *cáncer*, *maligno* o *incurable*. Es posible emplear eufemismos que permitan la adaptación del paciente, siempre y cuando estos no lo confundan respecto del mensaje final que se quiere entregar.

El proceso de comunicación debe tomar el tiempo que requiera el paciente, lo que significa que incluso deba realizarse en diferentes momentos¹⁵. No se debe entregar información sin permitir al paciente que intervenga, que exprese sus preocupaciones o interrogantes. Se requiere verificar de forma continua qué tanta información ha sido comprendida por el paciente. Se pueden emplear preguntas como: “¿Me entiende?” o “¿Quiere que le aclare alguna cosa en particular?”⁶.

En *Wit*, la primera escena nos muestra a un médico que le comunica a una profesora de literatura inglesa que tiene un cáncer de ovario en fase avanzada y le propone iniciar el tratamiento con quimioterapia en un protocolo experimental. Esta película comienza con la frase: “Usted tiene cáncer”, y continúa con información sobre el diagnóstico, el pronóstico y las complicaciones de tipo técnico, de forma continua sin ninguna posibilidad de reflexión por parte de la paciente; únicamente al final, y casi como un formalismo, se le pregunta si tiene dudasⁱ.

Si bien se debe informar de manera veraz y completa, es necesario emplear la prudencia y no privar al



paciente de la esperanza (específicamente a través del ofrecimiento del cuidado paliativo) o de la posibilidad de mantener un proyecto vital hasta el final de sus días. Además, se debe recalcar el hecho de que el paciente no será abandonado por el equipo de salud.

En el *Poder de la amistad* un preadolescente, quien padece de sida en fase terminal, se encuentra hospitalizado, y él y su mejor amigo fingen un paro cardiorrespiratorio para asustar a las enfermeras. Cuando el médico que le ha asignado el hospital llega a visitarlo, su amigo le cuenta que saben que va a morir. El médico le responde que si bien es cierta la gravedad de su estado, existen casos en los cuales se puede producir un milagro y que desde que lo vio supo que se trataba de una persona muy especial. En este caso, sin faltar a la verdad, no se le roba la esperanza a una persona que está próxima a morir^J.

En *Mi vida*, se presenta el caso contrario, en el cual el protagonista —en la plenitud de su vida y próximo al nacimiento de su primer hijo— es diagnosticado con

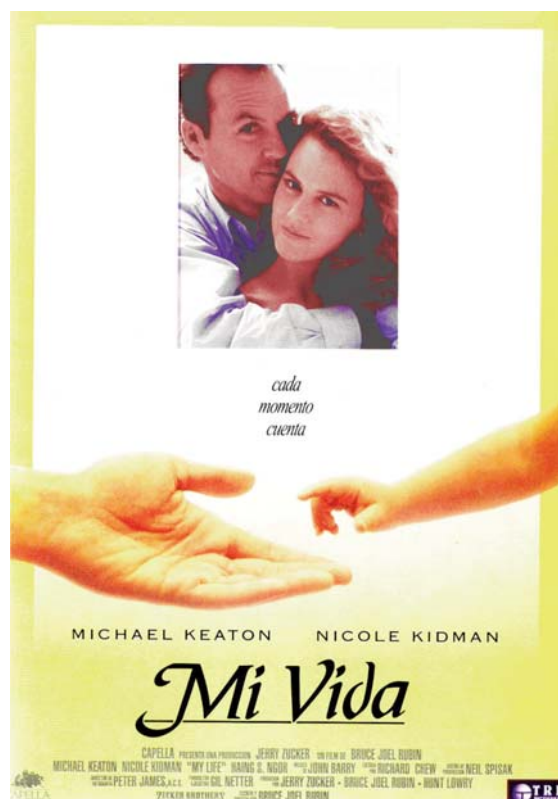
un carcinoma renal metastásico, y ante la dureza con la que su médico le comunica esta noticia, le reclama que él no tiene derecho a matar su esperanza^k.

Por otra parte, la esperanza también se mantiene al permitir que el paciente tenga un proyecto vital y apoyarlo en él. En *Alas de vida*, un documental sobre Carlos Cristo, un médico de familia afectado de atrofia sistémica múltiple, él se propone enseñar a otros el proceso de una muerte digna a través de la grabación con fines educativos del último periodo de su vida^l.

Igualmente, en *La mariposa azul* un niño aquejado de una leucemia en fase terminal cumple su deseo de ir a la selva con un famoso entomólogo para poder encontrar el más raro espécimen, la mariposa azul^m.

2.4.1 Pautas para informar

Algunas de las pautas que pueden tenerse en cuenta al momento de informar son: emplear frases introductorias, como la que usa en *Hazme reír* el médico:



J. Esta escena de *El poder de la amistad*, está disponible en <http://youtu.be/vCUQ87pbJOI>

k. Esta escena de *Mi vida*, está disponible en: <http://youtu.be/O9TufbsSEEM>

l. Esta escena de *Alas de vida*, está disponible en: <http://youtu.be/5rRlIAm4mUA>

m. Esta escena de *La mariposa azul*, está disponible en: http://youtu.be/yU_TQYm1mS8



“George, tenemos los resultados finales de tu sangre... y no son lo que esperábamos”ⁿ. Comunicar frases cortas, de forma clara y calmada y permitir silencios entre una y otra para que las emociones del paciente afloren y el médico empáticamente responda a ellas. Este es un proceso que debe estar marcado por la prudencia, donde si bien se debe decir la verdad, esta debe ser dosificada de tal forma que no se produzca daño. Se deben evitar palabras que describan las patologías, como *extraordinario* o *increíble*, las cuales, aunque pueden ser empleadas en el ámbito médico cuando una patología es inusual, son dañinas para el paciente.

Un ejemplo contrario a estas recomendaciones se observa en *50/50*: un hombre joven ingresa a la consulta de un especialista, quien sin mirarlo comienza a grabar apresuradamente los síntomas, refiriéndose a los

n. Esta escena de *Hazme reír*, está disponible en: http://youtu.be/FbBx_a-X5Q4

o. Esta escena de *50/50*, está disponible en: http://youtu.be/6Ruc_JmEp58

p. Esta escena de *El sacrificio de una madre*, está disponible en: <http://youtu.be/m8dohSTnXFU>

q. Esta escena de *El doctor*, está disponible en: <http://youtu.be/oukx3tSJFnE>

r. Esta escena de *50/50*, está disponible en: http://youtu.be/6Ruc_JmEp58

s. Esta escena de *Hazme reír*, está disponible en: http://youtu.be/FbBx_a-X5Q4

resultados de una imagen especializada de columna en la que se observa un neurofibrosarcoma maligno y al posible plan de tratamiento. En este caso la información no se gradúa según las necesidades del paciente y para este es imposible asimilar el mensaje^o.

En el *Sacrificio de una madre*, una joven embarazada enfrenta un cáncer de seno. Su oncólogo le propone una alternativa terapéutica que le permitiría conservar su embarazo y sobrevivir a la enfermedad que está enfrentando. La comunicación en este caso es empática, cuidadosa, acorde con los sentimientos y con la necesidad de información de la paciente^p.

Las reacciones del paciente son diversas: el silencio, la negación, la rabia, el miedo, el desconcierto o la tristeza. Por ejemplo en *El doctor*, una médica que no posee ninguna competencia para comunicar malas noticias diagnostica a un médico cirujano cardiovascular con un cáncer de laringe; la reacción del cirujano es de sorpresa e incredulidad^q.

Al enfrentar una mala noticia, los pacientes también pueden experimentar un estado de *shock* y dejar de oír lo que el médico está informado o escuchar selectivamente e ignorar aquello que no desean oír. En estos casos es útil preguntar “¿Estás aquí?”, “¿Me escuchas?”¹⁰.

Son diversas las películas en las cuales cuando el médico no centra la comunicación en el paciente y realiza un proceso frío, técnico y apresurado, el exceso de información hace que en un momento dado el enfermo, para protegerse, se desconecte; su mente divaga y deja de oír aquello que se le está proponiendo. Este caso se muestra en *50/50* y en *Hazme reír*^s.

Puede afirmarse que el “arte de dar malas noticias” es “un juego de insinuaciones, silencios y verdades indirectas para conseguir que el paciente elabore su propia realidad”¹.

2.5. Empatía. ¿Qué características debe tener el proceso de comunicación de malas noticias?

Las características de una comunicación efectiva de malas noticias son: la escucha activa, la empatía, la asertividad y la prudencia.



La escucha activa consiste en “escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla”¹⁶. En una de las primeras escenas de *Patch Adams*, el protagonista ha ingresado voluntariamente a una institución mental y se encuentra en una sesión con el psiquiatra, quien ante la narración de uno de los momentos más dolorosos y significativos del paciente — la muerte de su padre—, está concentrado en servirse su café. Al percatarse de esto, Patch empieza a decir una serie de frases sin sentido, sin que el médico se dé cuenta de esto^t.

Se entiende por *empatía* la “identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro”¹⁷. En el caso de la comunicación de malas noticias, se busca transmitir al paciente la solidaridad que se experimenta con sus sentimientos de tristeza, rabia, desconcierto o preocupación. En este orden de ideas, es fundamental descifrar el lenguaje no verbal del paciente, su *fascies*, postura, tono y ritmo de la voz, y responder empáticamente, con

t. Esta escena de *Patch Adams*, está disponible en: <http://youtu.be/1bx3e3pkth0>

u. Esta escena de *La vida sin mí*, está disponible en: <http://youtu.be/1oGRUVF6VTE>

v. Esta escena de *La vida sin mí*, está disponible en: <http://youtu.be/ZkdDp2hrTRY>

w. Esta escena de *El doctor*, está disponible en: <http://youtu.be/oukx3tSJfNE>

contacto visual o físico, y haciéndole entender que sus sentimientos son comprensibles.

No obstante, los médicos experimentan barreras para el comportamiento empático, relacionadas con los sentimientos de impotencia, vulnerabilidad, tristeza, pérdida de control sobre la propia vida o rabia⁸. En *La vida sin mí*, un médico debe comunicar a una mujer joven, madre de dos hijas, que padece un cáncer incurable con una pobre expectativa de vida. Le comunica la noticia sentados en un corredor, y durante todo el proceso es incapaz de mirarla a los ojos o de responder a su llanto, incluso reconoce que en el hospital se empieza a comentar su incapacidad para afrontar este tipo de situaciones^u.

A medida que se desarrolla la trama, se evidencia la curva de transformación en la conducta del médico, quien al final es capaz de despedirse de la paciente e incluso de cumplir su último deseo, guardar las grabaciones que serán entregadas a sus hijas a medida que vayan creciendo^v.

En *Un loco suelto en Brooklyn*, la reacción agresiva de un paciente por la noticia de que padece un aneurisma cerebral inoperable descontrola al médico de turno, quien ante la presión de este para que le indique su esperanza de vida, solo atina a decirle: “90 minutos”.

Para afrontar las emociones del paciente se proponen los siguientes pasos¹⁸: “1) Identificar la emoción: ‘¿Qué sentimientos le provocan estas noticias?’; 2) Etiquetar la emoción: ‘Así que lo asusta...’; 3) Legitimar/comprender/normalizar: ‘Es normal tener sentimientos de este tipo’; 4) Respeto: ‘Debe ser duro para usted’; 5) Indagar más y más: ‘¿Hay algo más que le preocupe?’; 6) Apoyo: ‘Veamos qué podemos hacer’”.

Ser *asertivo* se define como ser afirmativo; sin embargo en el ámbito comunicacional significa encontrar el justo medio entre no agredir a una persona y hacer respetar los derechos y convicciones. La asertividad exige escucha activa y comprensión de lo que el otro dice, expresar la propia opinión y llegar a acuerdos. En *El doctor* son múltiples los ejemplos de falta de asertividad, tanto en la otorrinolaringóloga como en el radioterapeuta, quienes con rudeza imponen su voluntad al paciente, que incluso es su colega^w.

La prudencia o *phronesis* es la “sabiduría práctica que ayuda a aplicar la regla general a la situación particular.

En el contexto médico, la virtud del médico consiste en relacionar el paciente particular al corpus general del conocimiento médico¹⁹. También es “una virtud intelectual y moral que le dispone habitualmente a elegir lo que hay que hacer en una situación moral concreta”, es la capacidad de deliberación, de sensatez para buscar ser siempre la mejor persona posible y hacer la mejor acción posible¹⁹.

Uno de los ejemplos más maravillosos que nos brinda el cine sobre la comunicación de una noticia trágica, donde se aplican todos los principios comunicacionales, está escenificado en *Quédate a mi lado*. En esta cinta, una madre se encuentra en la fase terminal de un cáncer de seno y debe contarle a su hijo preescolar que está muriendo. La escena en la cual ella se despidió de él está plena de amor y de sabiduría. Comienza explorando qué tanto sabe él, y pone ejemplos que son fácilmente entendibles para su hijo acerca de cómo ella permanecerá en su vida, a pesar de que físicamente no estará^x.



x. Esta escena de *Quédate a mi lado*, está disponible en: <http://youtu.be/aWvqjVXlpgA>

y. Esta escena de *Wit*, está disponible en: <http://youtu.be/wVZALy-FvLw>

2.6. Estrategia: ¿Cómo se debe cerrar la comunicación de malas noticias?

Los sentimientos que afronta el paciente después de recibir una mala noticia requieren un cierre adecuado de la sesión. Es necesario realizar un resumen de lo acontecido; corroborar que la información se ha comprendido; ofrecer una mirada esperanzadora, que incluye brindar un plan de cuidado acorde con los deseos del paciente y el apoyo permanente por parte del médico; y garantizar la seguridad del paciente una vez finalizado el proceso¹⁰.

En *Wit*, una vez la protagonista ha ingresado al protocolo de investigación de un nuevo esquema quimioterapéutico y este no ha mostrado buenos resultados, se observa una escena en la cual una enfermera del equipo entabla un diálogo con la protagonista para establecer una voluntad anticipada del tipo ‘orden de no reanimación’. La profesional de la salud primero sondea qué tanto sabe la protagonista sobre su estado actual, y le plantea alternativas terapéuticas en un lenguaje claro, fácil de entender, sin presionarla en la elección^y.

3. Conclusiones

A lo largo de su vida profesional, los médicos se ven enfrentados frecuentemente a la comunicación de malas noticias, acto que requiere competencias específicas que pueden ser adquiridas en procesos de formación.

Se han propuesto diferentes modelos o protocolos para comunicar malas noticias, aunque en su mayoría coinciden en una serie de pasos que deben ser tenidos en cuenta, los cuales buscan minimizar el daño al paciente, lograr un efecto terapéutico, facilitar la toma de decisiones y manejar las emociones del paciente por parte del médico.

En los procesos de formación se han empleado diversas estrategias, como charlas magistrales, talleres en pequeños grupos, juegos de rol y grabación de las sesiones. En nuestro concepto, el cine representa una metodología que facilita el entendimiento de las complejidades de este proceso, especialmente en la escenificación del lenguaje no verbal y en la capacidad de ser empáticos, y permite al profesional identificar comportamientos que deben ser evitados o imitados.

Referencias

1. Prados Castillejo JA, Quesada Jiménez F. Guía práctica sobre cómo dar malas noticias. FMC. Form Med Contin Aten Prim. 1998;5:238.

2. Alelwani SM, Ahmed YA. Medical training for communication of bad news: A literature review. *J Educ Health Promot.* 2014;3:51.
3. Buckman R. *How to break bad news: A guide for health care professionals.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1992.
4. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA.* 1996;276:496-502.
5. Bascuñán ML, Roizblatt A, Roizblatt D. Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio. *Rev Med Univ Navarra.* 2007;51:28-31.
6. Rodríguez JJ. *Comunicación clínica: Cómo dar malas noticias [internet].* 2010 [Consultado el 25 de abril de 2015].
7. Martis L, Westhues A. A synthesis of the literature on breaking bad news or truth telling: Potential for research in India. *Indian J Palliat Care.* 2013;19:2-11.
8. García Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med. Intensiva.* 2006;30:452-9.
9. Baile W, Buckman R, Lenzi R. Breaking bad news. *The Oncologist.* 2000;5:302-11.
10. Narayanan V, Bista B, Koshy C. 'BREAKS' Protocol for breaking bad news. *Indian J Palliat Care.* 2010;16:61-5.
11. Gómez Sancho M. *Como dar las malas noticias en Medicina.* Madrid: Aran Ediciones; 2006.
12. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos.* Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. *Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08. Anexo 3. Cómo comunicar malas noticias: protocolo de seis etapas de Buckman [internet].* 2006 [Consultado el 2 de mayo de 2015].
13. Arranz P, Barbero J, Barreto P, et al. *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos.* Barcelona: Ariel; 2003.
14. Bermejo JC, Villaceros M, Carabias R, et al. Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. *Med Paliat [internet].* 2012 [Consultado el 2 de mayo de 2015].
15. Novo Rodríguez JM, Martínez FJ. Doce más una estrategias erróneas para dar malas noticias. *Galicia Clin.* 2012;73:117-9.
16. Muñoz Corvalán JL. *Estrategias comunicativas [internet].* 2012 [Consultado el 2 de mayo de 2015].
17. *Diccionario de la Real Academia Española [internet].* 2015 [Consultado el 2 de mayo de 2015].
18. Maguire P, Faulkner A. Communicate with cancer patients: 1. Handling bad news and difficult questions. *BMJ.* 1988;297:907-9.
19. Moreno Villares JM. Prudencia, virtud indispensable. *Cuad Bioética.* 2014;25:105-10.



Ana Isabel Gomez Córdoba. Médica pediatra. Especialista en gerencia en salud pública y derecho medico de la universidad del Rosario. Magister en bioética de la universidad del Bosque. Doctora en ciencias jurídicas de la Pontificia universidad Javeriana. Profesor principal en bioética y derecho medico. Vicedecana de la escuela de medicina y ciencias de la salud de la universidad del Rosario de Colombia.



Haroldo Estrada López. Medico cirujano, Oncólogo clínico, docente de Bioética y Oncología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, director del programa Jurassic Rock de la emisora universitaria UdeC radio, fue jurado de cortometrajes del Festival Internacional de Cine de Cartagena