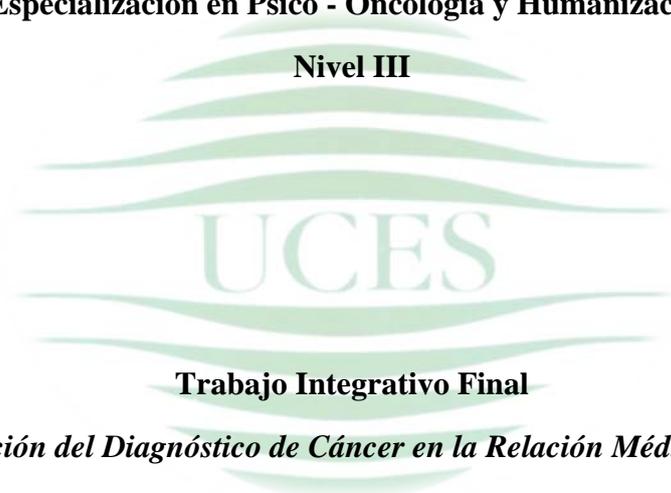


**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES**

**Carrera de Especialización en Psico - Oncología y Humanización de la Salud**

**Nivel III**

The logo of the University of Sciences, Business and Social Sciences (UCES) is centered on the page. It features the acronym 'UCES' in a light green, serif font, set against a background of several horizontal, wavy green lines that create a sense of movement and depth.

**UCES**

**Trabajo Integrativo Final**

***“Comunicación del Diagnóstico de Cáncer en la Relación Médico - Paciente”***

**Autor:**

Lic. Karime Jassir Candanoza

**Tutor:**

Dra. María del Carmen Vidal y Benito

Buenos Aires, Argentina. Mayo 2009

## INDICE

Introducción	3
Marco Teórico	5
Definición del cáncer	5
Cáncer de mama	6
Relación Médico - Paciente	9
Conspiración del silencio	14
Verdad soportable	15
Comunicación de malas noticias	16
Presentación de los casos	21
Entrevista No 1	21
Análisis Entrevista No 1	23
Entrevista No 2	25
Análisis Entrevista No 2	27
Entrevista No 3	29
Análisis Entrevista No 3	31
Entrevista No 4	33
Análisis Entrevista No 4	34
Entrevista No 5	36
Análisis Entrevista No 5	37
Conclusión	39
Bibliografía	43

*“Comunicación del Diagnóstico de Cáncer en la Relación Médico - Paciente”*

## **INTRODUCCION**

Este trabajo tiene como propósito acreditar el nivel III de la Carrera de Especialización en Psico- oncología y Humanización de la Salud, para poder analizar la temática de “la comunicación del diagnóstico de cáncer”, se presentan varias entrevistas de comunicación del diagnóstico de cáncer en el marco de la relación médico - paciente,

Se considera que el profesional médico ha sido capacitado y formado para diagnosticar y tratar la enfermedad que la persona presenta, pero no ha sido entrenado en como darle la información diagnóstica.

Influyen muchos factores al momento de comunicar el diagnóstico de cáncer, entre ellos los que destaco son, la concepción de muerte, la escasa formación de los médicos en comunicación y la conspiración del silencio por parte de la familia. Todos estos aspectos deben ser tenidos en cuenta a fin de mejorar el servicio brindado al paciente, por esta razón de acuerdo con González - Baron (1999)<sup>1</sup>, la información al

---

<sup>1</sup> Gonzalez - Baron. La información al enfermo con cáncer. En: García - Camba, E. Manual de Psico-oncología. Madrid: Aula medica, 1999

paciente diagnosticado con cáncer es una temática que esta siendo objeto de creciente atención.

La comunicación es un pilar fundamental en la relación médico - paciente y en particular el momento de la comunicación del diagnóstico, que tiene mucho significado, ya que al decirle al paciente el diagnóstico de cáncer de una forma cruda, fría e impersonal, el médico propicia el desencadenamiento de reacciones psicológicas que afectan su calidad de vida y la posterior respuesta del paciente a los tratamientos.

El presente trabajo está organizado de la siguiente manera; en el marco conceptual se desarrollan en primer lugar aspectos generales sobre el cáncer y particularmente del cáncer de mama; en segundo lugar, se aborda la temática de la relación médico – paciente donde se plantea la propuesta de la autora Ana Frank, la cual desarrolla diferentes modelos que la relación médico – paciente puede adoptar de acuerdo con el manejo de la información; en tercer lugar, se tratan los temas de conspiración del silencio y verdad soportable; y en cuarto lugar, se profundiza en el modelo de Buckman para la comunicación de malas noticias. Posteriormente se presentan las entrevistas analizadas de acuerdo con el marco teórico y finalmente se formulan las conclusiones correspondientes.

## MARCO CONCEPTUAL

En el marco conceptual se desarrolla en primer lugar aspectos generales sobre el cáncer y particularmente del cáncer de mama, seguido se explicitan algunos detalles relacionados con la relación médico - paciente en cuanto al manejo de la información y por último se aborda la temática de la comunicación de malas noticias desde el modelo de comunicación de malas noticias de Buckman.

### DEFINICIÓN DEL CÁNCER

El cáncer es una enfermedad multifactorial, en la que algunas células del cuerpo proliferan de manera incontrolada, originando problemas en su lugar de origen o en otros órganos. En otras palabras, un grupo de células se torna apto para escapar de los mecanismos de control de crecimiento normal y ordenado del organismo. (Tamblay, A & Bañados, B., 2004)<sup>2</sup>

Las células del cuerpo crecen a lo largo de la vida y el propio organismo controla este crecimiento. Así, cuando se produce una herida física, las células crecen con el objetivo de cicatrizar la herida. Pasado el período traumático, el organismo da la orden para detener el crecimiento.

Sin embargo, por algún mecanismo aún no conocido, esto no ocurre con las células cancerosas.

- Estas crecen y se multiplican cuando no deberían hacerlo.

---

<sup>2</sup> Tamblay, A & Bañados, B. Psico-oncología del cáncer de mama. (en línea) [http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/banados\\_b/sources/banados\\_b.pdf](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/banados_b/sources/banados_b.pdf) (Consulta: mayo de 2007)

- Son capaces de cruzar las barreras de los tejidos del órgano donde se inició su crecimiento indebido, invadiendo tejidos sanos. Es decir, invaden áreas que rodean el tumor inicial o tumor primario.
- A través de la corriente sanguínea o del sistema linfático pueden viajar a lugares distantes de donde comenzó su crecimiento.
- En aquellos lugares, distantes del tumor primario, pueden desarrollar otros tumores, tumores secundarios o metástasis.

El cáncer no es una enfermedad única, sino un grupo de enfermedades con localización, clínica y evolución diferentes, pero con unos fundamentos biológicos comunes: un crecimiento y proliferación rápida y relativamente ilimitada de células con pérdida de la diferenciación y capacidad para difundir, que invaden los órganos y tejidos del cuerpo y que se extienden desde el sitio de origen hacia las áreas distantes del cuerpo haciendo metástasis. Es un crecimiento invasivo, poderoso, que puede consumir y destruir el proceso de vida, si no se realiza un diagnóstico precoz en torno a él. (Tamblay, A & Bañados, B., 2004)<sup>3</sup>

## CÁNCER DE MAMA

Las mamas están situadas en la región anterior del tórax, a ambos lados del esternón hasta la axila y desde la 2ª hasta la 6ª costilla, adosadas al músculo pectoral mayor.

Tienen forma hemi-esférica, determinada por la propia glándula y la fascia que la rodea, que contienen abundante grasa. En su zona central está el pezón, un saliente cilíndrico de aproximadamente 1 cm de anchura y 1 cm de altura, perforado por 15 o 20 orificios denominados poros galactóforos. El pezón, está rodeado por la areola mamaria, cuya superficie es irregular por las abundantes glándulas sebáceas que contiene. El pezón y la areola tienen una coloración rosada hasta el primer embarazo a partir del cual adquiere un color más oscuro.

---

<sup>3</sup> Ibid.

La función biológica esencial de la mama, es la producción de leche para la alimentación del niño en el periodo posterior al parto. En la especie humana tiene también importancia como carácter sexual femenino y, así, debido a la rica inervación sensitiva de la areola y del pezón, desempeña un papel significativo en la estimulación sexual, como zona erógena. (CEP)<sup>4</sup>

El cáncer de mama, de acuerdo con Montesinos (2008)<sup>5</sup>, es el tumor maligno más frecuente en la mujer y aproximadamente una de cada ocho mujeres al llegar a la edad de 85 años habrá desarrollado esta neoplasia durante su vida.

El cáncer de mama suele cursar con tumores sólidos que cursan con lesiones osteolíticas secundarias e hipercalcemia.

Los factores de riesgo para padecer cáncer de mama son: (Montesinos, 2008)<sup>6</sup>

- Sexo femenino
- Edad
- Antecedentes familiares de cáncer de mama consanguíneo (directo)
- Alteraciones genéticas
- Cáncer de mama previo
- Lesiones pre - malignas en la mama

Las formas de presentación del cáncer de mama son:

- Nódulo palpable indoloro no asociado con cambios premenstruales.
- Derrame hemático por pezón.
- Eritema y retracción de la piel.
- Adenopatía axilar.

---

<sup>4</sup> CEP. *Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino*. (en línea) [http://sas.editorialcep.com/muestra/muestra\\_matronas.pdf](http://sas.editorialcep.com/muestra/muestra_matronas.pdf) (Consulta: febrero de 2009)

<sup>5</sup> Montesinos, M. Conceptos en Oncología II. Material de cátedra Especialización en Psico-oncología y Humanización de la Salud. UCES: 2008

<sup>6</sup> Ibid.

- Adenopatía supraclavicular.
- Hallazgo mamográfico o ecográfico.
- El dolor no es un síntoma precoz del cáncer.

Tipos histológicos:

- Carcinoma no invasor o "in situ"
  1. Carcinoma ductal "in situ" o intraductal
  2. Carcinoma lobulillar "in situ"
- Carcinoma invasor
  1. Carcinoma papilar
  2. Carcinoma tubular
  3. Carcinoma mucinoso
  4. Carcinoma lobulillar infiltrante
  5. Carcinoma medular
  6. Carcinoma infiltrante

El tratamiento del cáncer de mama varía de acuerdo con el estadio de la misma por esta razón a continuación se detallara el plan de tratamiento a seguir para cada estadio.

- Estadio 0: carcinoma ductal "in situ" o intraductal o no invasor. El tratamiento consiste solo en la extirpación amplia de la lesión. En ocasiones puede requerir mastectomía simple y es conveniente completar con radioterapia para disminuir las recidivas.
- Estadio I y II: cáncer de la mama de hasta 5 cm de diámetro sin compromiso de piel ni fijación a planos profundos, sin adenopatías axilares, o con adenopatías móviles. El tratamiento primario es quirúrgico, y consiste en la extirpación de tumor con un margen de tejido sano y de los ganglios axilares. Existen dos técnicas para lograr este objetivo; la cuadrantectomía, vaciamiento axilar y radioterapia del volumen mamario; y la mastectomía radical modificada. Según los factores pronósticos que presente la paciente se indica poliquimioterapia y/ u hormonoterapia.

- Estadio III: pacientes con carcinoma localmente avanzados. Tumores mayores de 5 cm, y / o con invasión de piel o de pared torácica, o con adenopatías fijas, o con adenopatías infraclaviculares, supraclaviculares o en mama interna. El tratamiento requiere la administración de 3 ciclos de poliquimioterapia seguidos de alguna forma de tratamiento loco - regional (mastectomía radical modificada, radioterapia) y posteriormente otros 3 ciclos de poliquimioterapia.
- Estadio IV: pacientes con metástasis a distancia al momento del diagnóstico. El tratamiento tiene un fin paliativo y debe adaptarse al tipo de metástasis y a los síntomas que produzca. (Montesinos, 2008)<sup>7</sup>

## RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE

De la relación que se genere entre el médico y su paciente depende en gran medida la respuesta del paciente a las indicaciones del médico, por esta razón es considerada de gran importancia dentro del ámbito clínico. Morales, Ruvalcaba & Montes la definen como una “relación compleja entre dos seres humanos, en la que además de un proceso científico y a veces simple transacción mercantil, es sobre todo un acto profundamente ético y humanitario, cuya esencia es acompañar al enfermo, darle aliento y esperanza” (pag.1)<sup>8</sup>

Pajares (1999)<sup>9</sup>, plantea que en esta relación, por un lado está el médico quien conoce la forma de curar y por el otro, está el paciente, que pide la aplicación de sus habilidades; además sustenta que esta relación está impregnada de afectividad lo cual promueve vínculos que ayudan al diagnóstico y a la terapéutica.

---

<sup>7</sup> Ibid.

<sup>8</sup> Morales, M.; Ruvalcaba, V. & Montes, M. *La relación médico paciente ¿una dimensión de la práctica clínica en peligro de extinción?* (en línea). <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-6/RFM049000606.pdf> (Consulta: 1 de octubre de 2008)

<sup>9</sup> Pajares, J. Relación médico – enfermo en el paciente oncológico. En: García - Camba, E. Manual de Psico - oncología. Madrid: Aula medica, 1999

En la relación médico paciente intervienen un factor objetivo, un factor social y un factor ético - religioso:

- El factor objetivo: posee doble origen por un lado nace de la expectación, confianza y esperanza del paciente hacia el médico y hacia la medicina; y por parte del médico es doble, el afectivo que se origina en la misericordia y la comprensión hacia el paciente y en segundo lugar por el reto que presupone para el médico el diagnóstico y la terapéutica de la enfermedad.
- El factor social, que está determinado por la procedencia social del paciente y por la forma de asistencia médica.
- El factor ético - religioso, en lo que se refiere al médico se basa en un compromiso moral que ha sido utilizado a lo largo de la historia desde el código hipocrático hasta la actual bioética que aun conserva parte del código. (Pajares, 1999)<sup>10</sup>

Aso, Martínez – Quiñones & Arregui<sup>11</sup> sustentan que esta relación está basada en dos pilares la **confianza** y el **respeto**.

- El **respeto** es un derecho fundamental de las personas y por ende un deber ético del médico. Este último debe respetar las motivaciones, derechos, inquietudes, sentimientos y características personales del paciente.
- La **confianza**, en cierta forma es tarea del médico despertar un grado de confianza en el paciente para que este pueda sentir que él lo puede ayudar a sanarse. Pero esto no quiere decir que solo el paciente debe sentir confianza hacia el médico porque tanto el respeto como la confianza deben ser mutuas, es decir, operan del médico hacia el paciente y del paciente hacia el médico.

Otra pieza clave en la relación médico – paciente es la comunicación y el manejo de la información, la autora Ana Frank (2005)<sup>1213</sup>, desarrolla los diferentes

---

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> Aso, J.; Martínez – Quiñones, J. & Arregui, R. Relación médico – paciente. (en línea). <http://www.sepeap.es/libros/MÉDICO LEGALES/2.pdf> (Consulta: 2 de octubre de 2008)

modelos que la relación puede adoptar de acuerdo con el manejo de la información. Es decir, que la información que el médico le da al paciente y la manera de darla varía de acuerdo con el modelo que este siga.

Los modelos son: el **paternalista**, el **informativo**, el **interpretativo** y el **deliberativo**. Cada uno de ellos ha predominado en los distintos periodos de la historia de la medicina occidental.

- En primer lugar en el modelo paternalista la relación es prácticamente unidireccional. El médico le da al paciente la información que el considera llevará al paciente a avalar la opción terapéutica que a él le parece conveniente desde su experiencia. En este modelo no se tienen en cuenta los valores del paciente. Cabe resaltar que este modelo puede llegar a ser válido en casos de urgencia donde es de suma importancia actuar para evitar daños irreversibles.
- En segundo lugar el modelo informativo, es considerado como el opuesto al anterior, la prioridad es la autonomía del paciente. El objetivo de la relación desde este modelo es brindarle al paciente toda la información necesaria para que el pueda elegir y de esta manera el médico podrá actuar. En este modelo tampoco se tienen en cuenta los valores del paciente, el médico solo pone a disposición del paciente toda su experiencia como profesional pero no aporta su opinión desde su lado humano. También realza la tendencia hacia la práctica impersonal en la profesión médica.
- En tercer lugar el modelo interpretativo, considera que el médico tiene la convicción que los valores del paciente juegan un papel importante en la toma de decisiones, pero como el paciente se encuentra en un estado de angustia y no tiene la capacidad para poder elegir, el médico asume que conoce los valores del paciente e interpretara lo más conveniente para él. Este tipo de relación corre el riesgo de terminar siendo paternalista ya

---

<sup>12</sup> Frank, A. (2005) *La información en la relación médico paciente*. (en línea) *Neurol supl* 1 (4): 2 – 3. [http://www.arsxxi.com/pfw\\_files/cma/ArticulosR/NeurologiaSuplementos/2005/0104/119040500020003pdf](http://www.arsxxi.com/pfw_files/cma/ArticulosR/NeurologiaSuplementos/2005/0104/119040500020003pdf) (Consulta: 28 de septiembre 2008)

<sup>13</sup> Ana, Frank: médica del Servicio de Neurología del Hospital de la Paz. En la ciudad de Madrid, España.

que el médico adopta el rol del consejero y finalmente puede imponer su criterio.

- Y por último el modelo deliberativo, en el cual la información es bidireccional de esta forma se produce una verdadera comunicación entre el médico y el paciente. Aquí el médico actúa como compañero – amigo y desde este lugar puede ayudarle a elegir la opción adecuada. Este requiere del médico su experiencia como profesional y su sensibilidad humana y del paciente responsabilidad y autonomía. El médico también deberá escuchar activamente, ponerse en el lugar del paciente y expresarse en términos comprensibles. (Frank, 2005)<sup>14</sup>

Un momento crucial en la relación médico - paciente, en este caso paciente oncológico, es la comunicación del diagnóstico, para llevarlo a cabo, se deben tener en cuenta diferentes aspectos que serán desarrollados posteriormente.

Pajares (1999)<sup>15</sup>, plantea las siguientes preguntas relacionadas con el manejo de la información diagnóstica en la relación médico paciente:

- ¿Se debe informar? La palabra cáncer implica muchos prejuicios y temores, está asociada con dolor, muerte y sufrimiento. Por esta razón algunos médicos enmascaran la realidad y ocultan información, pero esta actitud no es correcta y resulta siendo perjudicial para el paciente ya que dificulta la relación y la colaboración necesaria para el cumplimiento del tratamiento. Es muy común en América Latina que los familiares del paciente le soliciten al médico que no informe al paciente porque esté no va a soportar la situación. Cuando se presentan casos como este es conveniente hablar con la familia y mostrarle las consecuencias de ocultarle información al paciente.
- ¿Quién debe informar? Debe informar indudablemente el médico, puesto que es en él que el paciente ha depositado su confianza. Además,

---

<sup>14</sup> Ibid.

<sup>15</sup> Pajares. Op. Cit.

la comunicación directa con el paciente evita que este conozca el diagnóstico con información incompleta procedente de amigos, familiares u otros pacientes.

- ¿Cómo informar al paciente? No existe una norma fija de cómo hacerlo. La información debe ser individualizada y varía de acuerdo con la personalidad del médico, de sus convicciones morales y del lugar donde actúa. De acuerdo con Pajares (1999)<sup>16</sup> el método para informar consiste en hacer uso del sentido común, además de esto médico deberá mantener un dialogo optimista con el fin de aumentar la esperanza del paciente. En cuanto al cómo informar el autor Buckman desarrolló un modelo de seis pasos sobre como comunicar malas noticias, dicho modelo se ampliará con mayor detalle más adelante.
- ¿La información debe ser total, parcial o gradual? La respuesta a esta pregunta depende del paciente dado que algunos pacientes desean conocer toda la verdad diagnóstica y por el contrario otros que prefieren no saber nada. En cuanto a la información, ésta debe ser total pero suministrada de manera parcial y gradual.
- ¿Además del paciente se informa a los familiares? Los familiares directos deben recibir la información, por lo general estos acompañan al paciente y al momento del diagnóstico escuchan junto al paciente la información. Pajares (1999)<sup>17</sup> plantea que no es ético facilitarle a la familia más información, a menos que el paciente lo pida.
- ¿Cuál debe ser la actitud del médico con su paciente después de la revelación del diagnóstico? El médico deberá estar al lado del paciente, no abandonarlo, debe tratar de ayudarlo con el tratamiento curativo o paliativo en caso de ser necesario.

Gonzalez Baron (1999)<sup>18</sup> afirma que el paciente es el dueño de la información y por lo tanto está en todo su derecho de recibirla y que ni la sociedad ni la cultura pueden obligar a que el médico se reserve conocimientos de los que en parte depende la vida del paciente.

---

<sup>16</sup> Ibid

<sup>17</sup> Ibid.

<sup>18</sup> Gonzalez Baron. Op. Cit.

Además plantea que “la verdad es antídoto del miedo”, y que actúa como agente terapéutico, ya que ayuda a planificar y tomar decisiones. Agrega que cuando a un paciente se le oculta información o se le miente sobre su estado de salud se le está privando de una oportunidad de hacerse más auténtico y de darle sentido a su vida. (Gonzalez Baron, 1999)<sup>19</sup>

Luego de haber descrito algunas generalidades sobre el cáncer de mama y la relación médico - paciente y haber empezado a explicitar algunos detalles relacionados con el manejo de la información se pasa a desarrollar la temática de la verdad soportable, la conspiración del silencio y el modelo de Buckman para la comunicación de malas noticias.

## CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO

Astudillo y Mendinueta<sup>20</sup> la definen como una “barrera que se establece en torno a la verdad del padecimiento” puede ser por parte de la familia o por el mismo enfermo por autoprotección para reducir la gravedad del problema. La Asociación Española contra el cáncer, compara este fenómeno con un teatro, donde todos representan un papel día a día. El enfermo conoce su enfermedad pero la disimula ante sus familiares, y estos últimos piensan que el enfermo no sabe nada y actúan como si todo estuviera bien. Esta especie de teatro tan solo conlleva a un mayor distanciamiento entre el paciente y su familia.

La conspiración agrega un elemento de aislamiento y represión emocionales en un momento en el que el enfermo necesita más comprensión y compañerismo para poder expresar sus sentimientos, impidiendo una normal relación, su participación más activa y la elaboración de proyectos para afrontar la enfermedad. En la mayoría de los casos y con el paso del tiempo, los mismos enfermos se dan cuenta o perciben lo que

---

<sup>19</sup> Ibid.

<sup>20</sup> Astudillo, W & Mendinueta, C. Principios generales de los cuidados paliativos. (en línea) <http://biblio.upmx.mx/download/cebidoc/Dossiers/ortotanasia017.asp> (Consulta: 27 de enero de 2009)

tienen y son ellos quienes por lo general solicitan ayuda para romper esta situación. (Astudillo y Mendinueta)<sup>21</sup>.

La mentira impide la cooperación, genera recelo y desconfianza; infantiliza al paciente y lo degrada en su dignidad. Aunque ni los mismos profesionales en medicina conozcan la verdad total si poseen un conocimiento de la enfermedad sobre el cual pueden y están en todo el deber de informar al paciente.

En los casos en los que el paciente descubre la verdad sobre su diagnóstico, sufre un gran golpe. Por lo general si el médico lo ha engañado, la familia también lo ha hecho. Esto puede llevar al paciente a un aislamiento psicológico devastador debido a la decepción. (Gomez Baron, 1999)<sup>22</sup>

También es importante anotar que el paciente tiene derecho a no saber y cuando el paciente manifiesta esta petición el médico se ve en la obligación de respetarla y cumplirla. Aunque en la mayoría de los casos si se logra establecer una relación médico paciente fluida y abierta, en algún momento el paciente solicitara algún tipo de información.

## VERDAD SOPORTABLE

Este término implica decir la verdad en cada momento, de acuerdo con las disposiciones y necesidades del paciente y con el grado de soportabilidad para recibirla; haciendo de la comunicación un proceso dinámico.

Gonzalez Baron (1999)<sup>23</sup> sostiene que el encargado de transmitir la información siempre debe ser el profesional mayor calificado, que le pueda hablar al paciente acerca de la realidad de su enfermedad, de manera que este pueda ir asimilándola. El profesional en todo momento debe seguirle el ritmo que le va dando el paciente y

---

<sup>21</sup> Ibid

<sup>22</sup> Gonzalez Baron. Op. Cit.

<sup>23</sup> Ibid

mostrándole su disponibilidad para aclararle o profundizar información en caso de que lo necesite.

Para que esto se dé, es necesario generar los espacios y momentos adecuados para que el médico con su experiencia y con el contacto diario con el paciente, pueda detectar los miedos y necesidades del paciente. (Gonzalez Barón, 1999)<sup>24</sup>

## COMUNICACIÓN DE “MALAS NOTICIAS”

Luego de haber tratado algunos aspectos concernientes a la relación médico - paciente se desarrollan a continuación algunas generalidades de la comunicación para finalmente abordar con mayor detalle la temática de “comunicación de malas noticias”.

La comunicación es transmitir a otra persona algo, pueden ser pensamientos, sentimientos, ideas o cualquier información; esto constituye el mensaje que se va a transmitir. Esta puede ser verbal o no verbal

Sanz – Ortiz (1992)<sup>25</sup> sostiene que para que se de la comunicación, se necesitan mínimo dos interlocutores, el que da la información y el que la recibe, los dos deben actuar de forma activa. El sistema que articula el emisor con el receptor es el lenguaje, este es el que permite la comunicación y puede transmitirse por diferentes medios (oral, escrito y no verbal).

En cuanto a la comunicación no verbal Vidal y Benito (2002)<sup>26</sup> la define como “el proceso comunicacional voluntario o involuntario, en el cual no se utiliza la palabra”. Plantea que existen diferentes tipos de comunicación no verbal; la kinésica, que comprende, los gestos, la expresión facial y la mirada; la proxémica, que

---

<sup>24</sup> Ibid

<sup>25</sup> Sanz – Ortiz, J. (1992) *La comunicación en medicina paliativa*. (en línea). Med Clin 98: 416 – 418. <http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/VOL98/M0981105.pdf> ( Consulta: 28 de septiembre 2008)

<sup>26</sup> Vidal y Benito, M. *Acerca de la buena comunicación en medicina: conceptos técnicos para médicos y otros profesionales de la salud*. Buenos Aires: CEMIC, 2002

comprende el espacio personal y la distancia interpersonal; el contacto; los aspectos paralingüísticos y el entorno y su significado.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos define las malas noticias así: “Son las que alteran las expectativas de futuro de la persona. El grado de MALDAD está definido por la distancia que separa las expectativas de futuro de la realidad de la situación. Las malas noticias nunca suenan bien” (SECPAL, España)<sup>27</sup>.

A partir de esta definición se puede considerar el diagnóstico de cáncer como una “mala noticia”, es por esta razón que en el presente trabajo se toma el modelo de comunicación de malas noticias para explicar cómo debe ser el proceso de comunicación del diagnóstico de cáncer en la relación médico – paciente.

La comunicación de “malas noticias” en la relación médico – paciente es un tema difícil de abordar, pero inevitable en la labor del médico; como lo plantean Almanza & Holland (1999)<sup>28</sup> al médico le compete frecuentemente la tarea de comunicarle al enfermo y su familia malas noticias, relacionadas con el diagnóstico, el curso terapéutico, variadas complicaciones o el curso de una enfermedad crónica, entre otras. Sin embargo, en su formación como profesional el médico no recibe ninguna cátedra que lo oriente en cómo llevar a cabo esta tarea.

Alves de Lima (2003)<sup>29</sup> plantea que existen varios factores a tener en cuenta en el momento en que el médico le trasmite la información al paciente. Entre ellos están los factores sociales, los del paciente y los del médico.

---

<sup>27</sup> SECPAL (España). *Guía de Cuidados Paliativos*. (en línea) <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=doce> (Consulta: 13 de octubre de 2008)

<sup>28</sup> Almanza, J. & Holland, J. (1999) *La comunicación de las malas noticias en la relación médico paciente*. (en línea). Rev Sanid Milit 53 (2): 160 – 164. [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_revista=16&id\\_seccion=975&id\\_ejemplar=991&id\\_articulo=9663](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=16&id_seccion=975&id_ejemplar=991&id_articulo=9663) (Consulta: 28 de septiembre 2008)

<sup>29</sup> Alves de Lima, A. (2003) *¿Como comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento?* (en línea). <http://www.umng.edu.co/www/resources/cmnoticias.pdf> (Consulta: 28 de septiembre de 2008)

- **Los factores sociales** están relacionados con la cultura en la que nos encontramos inmersos ya que esta valora la juventud, la vida, la salud y la riqueza, es decir, que a la hora de comunicarle al paciente que padece una enfermedad especialmente una enfermedad terminal es como decirle que está perdiendo valor social.
- **Los factores del paciente** dan cuenta del impacto que tiene la enfermedad en un paciente en particular y la magnitud del impacto esta estrechamente relacionado con el contexto en el cual se desenvuelve el individuo, así una enfermedad puede ser asumida en un paciente con naturalidad en tanto que para otro podría resultar catastrófica.
- **Los factores del médico** tienen que ver con el miedo a causar dolor, el temor a ser culpado, el miedo a decir “no sé”, a lo legal, a expresar sus emociones y a la propia muerte.

Además de tener en cuenta estos factores a la hora de dar una mala noticia los autores Baile y col, (2000)<sup>30</sup> plantearon un protocolo para dar malas noticias llamado SPIKES por sus siglas en ingles, este consta de seis pasos.

#### **SPIKES: SETTING UP** the interview (Entorno)

Se trata de adecuar el lugar donde se va a dar la mala noticia, teniendo en cuenta los siguientes lineamientos: el lugar debe ser privado con la presencia del paciente, el médico, y la familia o allegados; se debe establecer un buen contacto físico y visual entre el médico y el paciente, disponer de tiempo suficiente y evitar posibles interrupciones.

#### **SPIKES: Assessing the patient' PERCEPTION** (Percepción del paciente)

Antes de dar la información acerca de los hallazgos médicos o de cualquier tipo de mala noticia que se vaya a dar, el médico deberá corroborar que es lo que sabe el

---

<sup>30</sup> Baile, W.; Buckman, R.; Lenzi, R.; Glober, G., Beale, E. & Kudelka, A. (2000). *SPIKES – A six – step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*. (en línea) *The Oncologist* (5): 302 -311. <http://theoncologist.alphamedpress.org/cgi/reprint/5/4/302> (Consulta: 13 de octubre de 2008)

paciente, con esta información que da el paciente el médico podrá corregir algún error en caso de que lo hubiera y adaptar la información al nivel de comprensión que posee el paciente.

**SPIKES: Obtaining the patient' INVITATION** (Invitación)

En este punto el médico deberá indagar sobre que tanto desea saber el paciente, debido a que aunque la mayoría de las personas están interesadas en conocer en detalle lo que les sucede, algunas no y además cada persona cuenta con su propio ritmo para recibir y aceptar la información.

**SPIKES: Giving KNOWLEDGE** and information to the patient (Comunicar)

Es necesario que el paciente tenga la información necesaria, de esta manera podrá tomar las decisiones correspondientes. Para dar la información el médico deberá tener en cuenta cinco aspectos. Primero, hablar de acuerdo con el nivel de comprensión y vocabulario del paciente; segundo, tratar de usar palabras sencillas no técnicas que pueden confundir el paciente; tercero, evitar la franqueza brusca; cuarto, dar información de una manera dosificada y poco a poco ir comprobando que tanto a comprendido el paciente a través preguntas; y quinto, si la enfermedad del paciente no tiene un buen pronóstico evitar utilizar frases como “ya no hay nada más para hacer”.

**SPIKES: Adressing the patient' EMOTIONS** with empathic responses (Empatía)

La empatía más que un paso en el momento de dar la mala noticia es una actitud que debe asumir el médico durante la entrevista con el paciente. El médico empático puede reconocer la respuesta emocional del paciente identificándola y respondiendo adecuadamente. Una respuesta empática consta de los siguientes pasos:

1. Identificar la emoción: “¿Qué sentimientos le provocan estas noticias?”
2. Etiquetar la emoción: “Así que le asusta....”
3. Legitimar, comprender y normalizar: “Es normal tener sentimientos de este tipo...”
4. Respeto: “Debe ser difícil para Ud....”
5. Indagar mas y mas: “¿Hay algo más que le preocupe?”
6. Apoyo: “Veamos qué podemos hacer....”

**SPIKES: STRATEGY and SUMMARY (Estrategia)**

Luego de recibir las malas noticias por lo general los pacientes expresan sensación de soledad y de incertidumbre. El médico cuenta con tres medios a través de los cuales puede minimizar la angustia del paciente, resumiendo lo que se ha hablado, comprobando que es lo que comprendió el paciente y formulando un plan de trabajo y de seguimiento. (Baile, 2000)<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Ibid.

## PRESENTACION DE LOS CASOS

A continuación se presentan las siete entrevistas de comunicación del diagnóstico de cáncer, luego de cada entrevista se desarrolla un análisis de cada caso; identificando el modelo de relación médico – paciente planteados por la autora Ana Frank, se identifican los casos donde se presenta la conspiración del silencio y se analiza la entrevista siguiendo el modelo SPIKES que propone el autor Buckman<sup>32</sup> para la comunicación de malas noticias.

### Entrevista No 1

Paciente de sexo femenino.

Edad: 83 años.

La paciente acude a la consulta para entregarle al oncólogo los resultados de la patología por un nódulo detectado a través de la mamografía.

Llega a la consulta acompañada por la hija con la que vive.

Cabe resaltar que este es el primer encuentro con el médico.

La hija le entrega al médico los resultados de la biopsia, el médico los lee, toma nota en el computador, mira a la paciente y le pregunta si ella sabe lo que tiene, la paciente asiente con la cabeza y le responde si “algo maligno” el doctor le dice “sí usted tiene un cáncer”, la paciente aparentemente se muestra tranquila y el médico le empieza a explicar el tratamiento a realizar, que sería la cirugía. Le explica que existen dos tipos de cirugía que se le pueden realizar, una es la mastectomía y la otra es la cirugía conservadora, que ella decida cuál de las dos hacerse.

La paciente le dice que decida él que él es el que sabe y él responde que por eso él le da las dos opciones porque la última palabra la tiene ella. La paciente le dice que no se preocupe que “si tiene que sacarlo todo que lo haga”.

---

<sup>32</sup> Ibid

El doctor le solicita a la paciente que pase a la camilla, hace la revisión física y le vuelve a explicar los tipos de cirugía mientras la revisa.

La paciente se cambia, se sienta y el doctor les explica a la paciente y a la hija los trámites y análisis que debe hacerse para realizar la cirugía le dice que cualquier duda que tenga le puede preguntar y quedan en volverse a ver cuando tengan los resultados de los análisis para programar la cirugía.

## **Análisis Entrevista No 1**

De acuerdo con la teoría de Ana Frank el tipo de relación que se da en esta entrevista es informativa, en ella el médico le brinda la información a la paciente para que sea ella quien elija y así poder actuar. Se puede observar durante la entrevista que la prioridad es la autonomía del paciente. Esto se evidencia a través del siguiente momento de la entrevista:

El médico le explica a la paciente el tratamiento a realizar que sería la cirugía y le explica que existen dos tipos de cirugía que se le pueden realizar una es la mastectomía y la otra es la cirugía conservadora, que ella decidía cual de las dos hacerse. La paciente le dice que decida él que él es el que sabe y el responde que por eso él le da las dos opciones porque la última palabra la tiene ella.

Ante este planteamiento que hace la paciente el médico ha podido aconsejarle que hacer o comentarle de acuerdo a su experiencia que sería lo mejor para ella, pero le dice que es ella quien tiene la última palabra.

En este caso no se dio la conspiración por parte de la familia. La paciente se encontraba en compañía de su hija quien en ningún momento solicitó que no se le dijera a la mamá sobre el diagnóstico, por lo contrario actuó como soporte para la paciente.

En cuanto al momento de la comunicación del diagnóstico se pueden analizar ciertos aspectos relacionados con el modelo SPIKES de comunicación de malas noticias, que ha sido detallado en el marco teórico.

En primer lugar; el entorno, el oncólogo le dio a la paciente el diagnóstico en su consultorio (un lugar privado) donde estuvo presente la paciente, la hija, el médico oncólogo y mi persona; el oncólogo estableció ni contacto visual tanto con la paciente como con el familiar, en ningún momento hubo contacto físico con la paciente, excepto en el momento de la revisión física. En cuanto a la duración de la consulta se puede decir que es corto debido a la cantidad de consultas, pero este tiempo es respetado y la consulta no se ve interrumpida.

En segundo lugar, la percepción del paciente, el médico antes de comunicarle a la paciente el diagnóstico le pregunto si ella sabía lo que tenía, esto se puede tomar

como una forma por parte del médico de conocer que información tiene la paciente y que sabe sobre su enfermedad.

En tercer lugar, la invitación, en este paso se supone que el médico debe evaluar si la paciente quiere o no quiere saber lo que le sucede, pero en este caso el oncólogo después de haberle preguntado si ella sabía lo que tenía, prosiguió a comunicarle el diagnóstico.

En cuarto lugar, la comunicación, el oncólogo le dio a la paciente el diagnóstico de una manera clara, en términos entendibles y adecuados para su nivel de comprensión. No realizó preguntas para comprobar si la paciente había entendido la información, lo que hizo fue repetir la información del tratamiento en dos ocasiones. La información no fue dosificada, a la paciente se le dio el diagnóstico, las opciones de tratamiento e inmediatamente se le entregaron las órdenes para realizarse los estudios pre – quirúrgicos.

En quinto lugar, la empatía, que más que un paso es una actitud que debe estar presente durante la entrevista. Se puede decir que el tema de las emociones fue un tema muy poco tratado, ni la paciente ni la familiar expresaron como se sentían, ni el médico se mostró empático y comprensivo.

Por último, la estrategia, que de acuerdo con el modelo se utiliza para minimizar la angustia del paciente, en este caso el oncólogo como estrategia formuló el plan de trabajo, indicándole el tratamiento (cirugía), explicó los estudios que debe realizarse antes de la operación, y le sugirió que si tenía dudas podría acercarse al consultorio. En otras palabras la estrategia utilizada por el médico fue comunicar sin eufemismos.

## Entrevista No 2

Paciente de sexo femenino

Edad: 74 años

Antes de entrar a la consulta ingresa la hija de la paciente y le solicita al médico que por favor no le diga la verdad a la mama, ella se muestra angustiada e inquieta y le cometa al doctor que su mama es muy nerviosa y que ya han hablado en la familia y no le van a decir nada, que ya le dijeron que tiene un tumor que probablemente van a tener que operar.

Ante esta petición el médico le explica los beneficios de decirle la verdad a la paciente, le dice que la paciente se va a cuestionar porque la van a operar si supuestamente no tiene nada y le habla acerca del gasto de energía que genera en la familia ocultarle información a la paciente y que al final el paciente siempre se entera de la verdad.

El médico le pide que traiga a la paciente; la hija se levanta y antes de salir le dice al médico “ya sabe una masita en el seno”.

Ingresa la paciente y le muestran al médico los estudios, él toma nota y completa la historia clínica, la hija se muestra muy inquieta, mientras el médico llena la historia clínica la paciente comenta que hace 3 años su hermana falleció por un cáncer de mama.

El médico habla con la paciente y le comenta que los estudios que se le han hecho son para poder saber que tiene, para llegar a un diagnóstico, hasta ahora, en ningún momento el médico menciona la palabra cáncer. Pero la paciente le dice al doctor ¿en realidad dígame que es lo que tengo? A lo que el médico le responde “señora usted tiene un cáncer en el seno pero afortunadamente es de muy buen pronóstico”. La paciente se pone a llorar al igual que la hija quien le dice “mama tu sabes que tu eres fuerte y esto no es nada te vas a dar cuenta que vas salir de eso”.

El doctor le dice “yo no te puedo engañar, ni esconder las cosas, usted me puede hacer la pregunta que usted quiera que yo se la voy a responder con el mayor de los gustos”. Como le dije “usted tiene un cáncer de muy buen pronóstico pero para esto tenemos que operarla”.

El médico le dice” ya yo he hablado mucho ahora es hora de que hablen ustedes y me pregunten todo lo que quieran”. La paciente y la hija lloran y permanecen en silencio y un rato después la paciente pregunta si se va a curar el médico le explica que deben operarla pero que el cáncer de seno a su edad tiene mayor probabilidad de curación que en pacientes más jóvenes.

La hija de la paciente pregunta si la paciente tiene los ganglios comprometidos a lo que el médico le explica que se le va a hacer un estudio llamado ganglio centinela para determinar el compromiso de los ganglios.

La paciente pasa a la camilla donde el doctor le hace la revisión física luego de esto se le entregan todas las ordenes de los estudios pre quirúrgicos, al entregarlos le explica para que son esos estudios y acuerdan un próximo encuentro.

## **Análisis Entrevista No 2**

En esta entrevista se puede decir que de acuerdo con lo planteado por Frank<sup>33</sup> el tipo de relación que se presenta es informativa, debido a que el médico le dio a la paciente el diagnóstico y la opción de tratamiento sin tener en cuenta la opinión de la paciente, haciendo valer en todo momento la autonomía de la paciente para la toma de decisiones.

En este caso se presentó un intento de ocultarle el diagnóstico a la paciente por parte de la familia, ya que antes de ingresar a la consulta la hija de la paciente se acerca al médico y le pide que por favor no le diga la verdad a la mamá, ella se muestra angustiada e inquieta y le comenta al doctor que su mamá es muy nerviosa y que ya han hablado en la familia y no le van a decir nada, que ya le dijeron que tiene un tumor que probablemente van a tener que operar.

Ante esta petición el médico le explica los beneficios de decirle la verdad a la paciente, le dice que la paciente se va a cuestionar porque la van a operar si supuestamente no tiene nada y le habla acerca del gasto de energía que genera en la familia ocultarle información a la paciente y que a la final el paciente siempre se entera de la verdad.

Luego de esto entra la paciente y después de comunicado el diagnóstico el médico le dice a la paciente “yo no te puedo engañar, ni esconder las cosas, usted me puede hacer la pregunta que usted quiera que yo se la voy a responder con el mayor de los gustos”.

Esto demuestra que el médico a pesar de no tener en cuenta el deseo de la paciente a la hora de comunicar el diagnóstico si hizo valer su derecho de saber la verdad con respecto a su salud y no permitió que se diera la conspiración del silencio por parte de la familia.

A continuación se analiza los pasos planteados por el modelo SPIKES de comunicación de malas noticias, que ha sido detallado en el marco teórico.

---

<sup>33</sup> Frank. Op. Cit.

En primer lugar; el entorno, la paciente acude a la consulta con la hija en el consultorio del oncólogo (lugar privado), se encuentran presentes en la entrevista la paciente con el familiar, el médico y mi persona, todos se encuentran sentados, el médico tiene contacto ocular con la paciente y su acompañante pero no tiene contacto físico. El tiempo de la entrevista es acotado pero se cumple con el tiempo estipulado para cada entrevista sin interrupciones.

En segundo lugar, la percepción del paciente, en este caso el médico no formula preguntas para indagar lo que el paciente sabe, si no que le explica para que se han hecho los estudios anteriores, diciéndole que se le han hecho para saber que tiene, para llegar a un diagnóstico.

En tercer lugar, la invitación, el médico no indaga si la paciente quiere saber lo que le pasa, que en este caso dado que anteriormente le había explicado para que son los estudios que se ha realizado, le ha podido preguntar si deseaba saber cual era el resultado de dichos estudios.

En cuarto lugar, la comunicación, el médico al momento de dar el diagnóstico lo hizo en términos claros y comprensibles. No se realizaron preguntas para verificar que la paciente y la hija hubieran entendido la información y tampoco se dio dosificada.

En quinto lugar, la empatía, aunque el médico respeta los momentos de silencio, muestra una actitud fría cuando la paciente llora, porque en lugar de tener algún gesto con ella como por ejemplo, tomarla de la mano, se concentra en el computador y Hace algunas anotaciones.

En sexto lugar, la estrategia, el médico como estrategia planifica un próximo encuentro y hace un corto resumen de lo que se habló es decir del diagnóstico y de la operación.

### Entrevista No 3

Paciente de sexo femenino

Edad: 42 años

La paciente asiste sola a la consulta después de operación en la cual le resecaron un nódulo.

Acude para retirarse los puntos; el médico le pregunta que si fue a buscar los resultados de la biopsia la paciente responde que no, que a ella ya le hicieron la biopsia antes de la operación. El doctor le explica que se hace una biopsia antes de la operación y luego al sacar el nódulo se manda de vuelta a patología para confirmar el resultado anterior.

A la paciente le retiran los puntos y el médico la manda buscar los resultados para revisarlos y determinar qué hacer. La paciente se retira y regresa aproximadamente 30 minutos mas tarde con el resultado de la patología, se los entrega al médico quien los revisa y le comunica que “desafortunadamente es un tumor maligno” con la ventaja que es un tumor pequeño.

La paciente se muestra bastante sorprendida debido a que los resultados de la biopsia anterior fueron negativos, el médico le dice que los pacientes por lo general asocian el cáncer con la muerte pero su tumor era pequeño y se había detectado a tiempo lo cual le da más probabilidades de curación.

El doctor le plantea a la paciente la posibilidad de realizarle una nueva operación para quitarle el tumor.

La paciente se mantiene en silencio por un tiempo y después comenta: "está empezando apenas", el doctor toma nota en el computador y la paciente le pregunta que si la operación es ambulatoria y le médico le responde que sí.

El doctor le pregunta si tiene alguna duda, ella dice que sí y le pregunta si le van a sacar los ganglios para saber si tienen la enfermedad y el médico le responde que se le va a hacer un estudio para determinar si hay que hacerle radioterapia o solo es necesario la operación.

La paciente se muestra con ganas de llorar mientras el médico llena las ordenes.

El médico le entrega las ordenes y le dice que ante cualquier duda puede acercarse al consultorio.

### **Análisis Entrevista No 3**

El modelo de comunicación utilizado en esta entrevista siguiendo los planteamientos de Ana Frank, es el informativo, donde tiene prioridad la autonomía del paciente el médico le da a la paciente el diagnóstico y la opción terapéutica y es ella quien decide lo que se va a realizar.

En este caso la paciente acudió sola a la consulta por lo cual no se daban las condiciones para que la familia intentara ocultarle la información relacionada a su enfermedad.

En cuanto a la comunicación del diagnóstico se dio de la siguiente forma de acuerdo con Frank<sup>34</sup>.

En primer lugar, el entorno, el diagnóstico se le informo a la paciente en el consultorio del oncólogo, un lugar privado, durante el tiempo que duró la consulta aunque fue corto de 15 minutos aproximadamente no se interrumpió.

En segundo lugar, la percepción del paciente, en este caso el oncólogo no indago sobre los conocimientos de la paciente aunque cuando asistió a la primera consulta para retirarse los puntos le aclaró que se hace una biopsia antes de la operación y luego al sacar el nódulo se manda de vuelta a patología para confirmar el resultado anterior.

En tercer lugar, la invitación, el médico no averiguó hasta donde quería saber la paciente, de igual forma en ningún momento mencionó la palabra cáncer.

En cuarto lugar, la comunicación, el médico utilizó un lenguaje claro al revisar el informe de patología le dice: “desafortunadamente es un tumor maligno” con la ventaja que es un tumor pequeño. Aunque mantiene una comunicación fluida con la paciente, hay momentos en los que el médico se dedica a hacer anotaciones en el computador y no registra algunos comentarios de la paciente.

En quinto lugar, la empatía, cuando el médico está escribiendo las órdenes de los exámenes pre – quirúrgicos, la paciente muestra ganas de llorar y el médico no dice

---

<sup>34</sup> Ibid

nada ni se acerca a la paciente. En este momento el médico podía tener un contacto con la paciente más aun porque ella se encontraba sola, además esta paciente pensaba que solo iba para retirarse los puntos, no sabía que se había enviado otra muestra a patología, lo cual también demuestra la poca información que tenía la paciente del procedimiento que se le había realizado anteriormente.

En sexto lugar, la estrategia, el médico antes de entregarle las órdenes le dice cual es el tratamiento que se le debe realizar y que se va a hacer.

## Entrevista No 4

Paciente de sexo femenino

Edad: 39 años

Acude la paciente por primera vez al consultorio con estudios para mostrar al médico quien llena la historia clínica y la pasa a la camilla para hacerle la revisión física.

En la revisión el doctor encuentra la mama izquierda con el pezón retraído, adenopatías, los ganglios comprometidos y piel de naranja en el seno.

El médico le pregunta que por qué se demoró tanto en asistir a la consulta, la paciente se queda callada y el médico le dice esto que tienes acá "es un cáncer" no tenemos resultados de patología pero con ciertas características que puedo ver ya sabemos que es un cáncer.

La paciente no dice nada, el médico le dice "desafortunadamente así es", toca hacerte unos estudios para ver que se puede hacer porque esta avanzado, no quiero decir que te vas a morir, pero tenemos que saber cómo están tu abdomen y tus pulmones para saber que tratamiento darte.

La paciente se queda callada se cambia y pasan al consultorio donde la paciente comenta que todo empezó en septiembre de 2008 y de ahí ha ido creciendo "absurdamente".

El médico llena la historia clínica y las ordenes y se las entrega a la paciente dándole algunas indicaciones.

#### **Análisis Entrevista No 4**

De acuerdo con el manejo de la información, el modelo de relación médico – paciente que se da en esta entrevista siguiendo los planteamientos de Ana Frank, es el modelo informativo. En este caso el oncólogo trasmite la información, sin tener en cuenta los intereses de la paciente. Utiliza un trato frío al comunicarle el diagnóstico a la paciente.

En este caso no se presentó conspiración del silencio, la paciente acudió sola a la consulta.

En cuanto a la comunicación del diagnóstico se puede decir tomando como guía el modelo de Buckman lo siguiente.

En primer lugar, el entorno, la entrevista tuvo lugar en el consultorio del médico, un lugar privado y cómodo, ambos se encontraban sentados, en el consultorio estaban presentes el oncólogo, la paciente y mi persona. Cabe resaltar que al momento en el que el médico le trasmite a la paciente el diagnóstico, ella se encuentra sin camisa, sentada en la camilla y él se encuentra de pie justo al frente de ella, lo cual le puede llegar a generar incomodidad a la paciente. La consulta no es interrumpida aunque en varias ocasiones suena el celular del oncólogo.

En segundo lugar, la percepción, el médico no le pregunta a la paciente que sabe de su enfermedad, en este caso dado a la manifestación física de la enfermedad, el médico le ha podido preguntar a la paciente ella que pensaba que le estaba pasando o que pensaba que tenía. El médico lo que le preguntó a la paciente es ¿Por qué se había demorado en asistir a la consulta?

En tercer lugar, la invitación, el médico omite este paso, luego de el examen físico pudo haberle preguntado a la paciente si le interesaba saber ¿porque su seno se había puesto así?

En cuarto lugar, la comunicación, el médico utilizó un lenguaje claro, aunque debió esperar que la paciente se cambiara y al pasar al consultorio donde estuvieran ambos sentados comunicarle a la paciente el diagnóstico. El una vez realizó el examen físico prosiguió a decirle a la paciente:

“Esto que tienes acá es un cáncer no tenemos resultados de patología pero con ciertas características que puedo ver ya sabemos que es un cáncer”.

Aquí se puede apreciar que además la información no fue dosificada porque después le dice:

“Toca hacerte unos estudios para ver que se puede hacer porque esta avanzado, no quiero decir que te vas a morir, pero tenemos que saber cómo están tu abdomen y tus pulmones para saber que tratamiento darte”.

El médico ha podido darle el diagnóstico y sugerirle que hay que realizar algunos estudios para saber cómo se encuentra en general, sin tener que decirle en ese primer encuentro donde además de decirle que tiene cáncer, le agrega que esta avanzado, tal vez esto lo ha debido decir en un próximo encuentro con el resultados de los estudios solicitados.

En quinto lugar, la empatía, además de la paciente no demostrar ningún sentimiento el médico tampoco indaga con respecto a cómo se siente ella.

En sexto lugar, la estrategia, el médico le ordena algunos y estudios, le explica para que son y programan una cita para cuando ella tenga los resultados de los estudios.

## Entrevista No 5

Paciente de sexo femenino

Edad: 77 años de edad

La paciente acude sola a la consulta, se sienta y le muestra al médico dos mamografías una de un año atrás y la otra actual.

Le comenta que hace un año se hizo una mamografía donde se sugería hacerle un estudio pero que no le autorizaron para hacerlo.

La anterior mamografía es clase IV lo que indica que hay algo sospechoso por lo cual se sugiere realizar una biopsia.

La mamografía actual se clasifica grado V señalando que la lesión ha avanzado.

El médico le realiza el examen físico donde palpa el tumor, la paciente se cambia y el doctor le explica que hay que hacerle una biopsia pero de acuerdo con el examen clínico y los resultados de la mamografía lo que tiene es “algo malo”.

La paciente pregunta si la biopsia es para saber si hay o no hay tumor y el doctor le responde que si hay tumor, pero que ahí tumores buenos y malos, hay o no hay cáncer, aunque de acuerdo con lo que él está viendo ahora “con la mamografía y el examen físico es un cáncer”. En este momento hay un contacto físico entre el médico y la paciente; el médico le toma las manos a la paciente.

La paciente permanece en silencio mientras el médico llena la historia clínica y le entrega las órdenes para la biopsia, diciéndole que ante cualquier duda se puede acercar al consultorio.

## **Análisis Entrevista No 5**

Desde el marco de la teoría de Frank en esta entrevista el oncólogo sigue un modelo informativo en su relación con el paciente. Puesto que transmite la información para que el paciente elija y así el poder actuar.

En este caso no se presentó conspiración del silencio la paciente asistió sola a la consulta.

En cuanto a la comunicación del diagnóstico de acuerdo con el modelo de comunicación de malas noticias de Buckman se dio así.

En primer lugar, el entorno, la entrevista se realizó en el consultorio del médico en presencia de la paciente, el oncólogo y mi persona. El médico mantuvo contacto ocular y físico con la paciente. En la consulta no se produjeron interrupciones.

En segundo lugar, la percepción, en este caso el médico no le preguntó a la paciente que tenía, es decir que no valoró los conocimientos previos de la paciente.

En tercer lugar, la invitación, el médico ha podido preguntarle a la paciente si quería saber que quería decir que la mamografía del año pasado había sido clasificada como clase IV y esta como clase V. Pero no hizo ninguna pregunta para saber hasta donde quería saber la paciente acerca de su enfermedad.

En cuarto lugar, la comunicación, el médico no se expresó claramente a la hora de comunicar el diagnóstico sus palabras luego de haberla examinado y haber revisado la mamografía fueron: lo que tiene es “algo malo”, esta terminología pudo generar confusión en la paciente.

La paciente pregunta si la biopsia es para saber si hay o no hay tumor y el doctor le responde que si hay tumor, pero que ahí tumores buenos y malos, hay o no hay cáncer, aunque de acuerdo con lo que él está viendo ahora “con la mamografía y el examen físico es un cáncer”.

En este momento el médico resuelve las dudas de la paciente y es cuando le dice explícitamente que tiene cáncer.

En quinto lugar, la empatía, la paciente no demuestra sus sentimientos, pero el médico le toma las manos en un intento de acompañarla.

En sexto lugar, la estrategia, el médico le indica a la paciente lo que ahí que hacer a continuación y fijan una nueva entrevista, además le comenta que si tiene alguna duda puede acercarse al consultorio.

## CONCLUSION

Es evidente que en la labor del médico, particularmente del especialista en oncología, es muy frecuente la comunicación de malas noticias, que pueden estar relacionadas con el diagnóstico, tratamiento o curso de la enfermedad.

El transmitir el diagnóstico es solo un aspecto de la comunicación con el paciente con cáncer, pero a lo mejor se trata de uno de los aspectos más determinantes y difíciles de la comunicación.

En este trabajo se estudiaron cinco casos de comunicación del diagnóstico en el marco de la relación médico – paciente.

Estos casos fueron analizados teniendo en cuenta tres aspectos:

- El modelo de relación médico – paciente de acuerdo con el manejo de la información.
- La presencia o ausencia de conspiración del silencio por parte de la familia.
- El proceso de comunicación del diagnóstico desde el modelo de Buckman.

Se encontró que en los cinco casos analizados el médico empleó un modelo informativo para transmitir la información al paciente, ya que se le dio prioridad a la autonomía del paciente, siendo él paciente quien decide que se va a realizar y de acuerdo con esta decisión el médico puede actuar. En estos casos el médico no aportó su opinión desde lo humano, no actuó como compañero del paciente, tan solo se limitó a aportar su experiencia como profesional especializado de la medicina.

En los casos en los que pacientes solicitaron del médico ayuda para tomar la decisión, el médico respondía repitiendo las opciones terapéuticas que se podían ofrecer pero no se involucraba sugiriendo alguna práctica en particular.

El médico comunicó a sus pacientes el diagnóstico verazmente respetando el principio de autonomía, pero sin compromiso humano con el paciente y por lo tanto no le pareció pertinente verificar lo que habían comprendido de lo informado y menos aún indagar sobre la emocionalidad, ni averiguar acerca de la red social del paciente.

En cuanto a la conspiración del silencio cabe resaltar que se dio en uno de los cinco casos. En este caso, el médico aunque tuvo un diálogo con la familiar de la paciente no logró llegar a un acuerdo sobre qué se le iba informar a la paciente, sin embargo le comunicó el diagnóstico a la paciente, haciendo caso omiso a la petición de la familiar, y aún más sin preguntarle primero a la paciente si ella estaba interesada en conocer su enfermedad. Porque es el paciente quien decide todo lo relacionado con su enfermedad, desde la cantidad de información que quiere recibir hasta el tipo de tratamiento, es el paciente el titular de la información.

Es bastante habitual en la cultura latinoamericana que los familiares del paciente incurran en la conspiración del silencio, en un intento de proteger al paciente del sufrimiento que le puede llegar a ocasionar el conocimiento de una enfermedad como el cáncer.

Ante esta situación el médico debe tratar de superar esta barrera; llegando a una negociación con los familiares de paciente y de esta manera acordar que se le va a decir. En los casos en los que no se logra llegar a un acuerdo con la familia, el paciente se encontrará aislado e imposibilitado de comunicarle a sus seres queridos sus sentimientos y el sufrimiento que padece, además el paciente por lo general sospecha que tiene algo grave lo cual le genera un aumento en los niveles de ansiedad.

Como se mencionó en el marco teórico uno de los pilares de la relación médico - paciente es la confianza; al acceder a la conspiración del silencio el médico está perdiendo un aspecto básico y esencial de la relación.

Una buena relación basada en la confianza puede ayudar a que el paciente acepte la información sobre su enfermedad y los tratamientos.

En lo relacionado con el análisis de la entrevista bajo el modelo de comunicación de malas noticias de Buckman, se encontró lo siguiente:

- Entorno: en todos los casos el médico dio la información en un lugar privado (consultorio), mantuvo contacto ocular con las pacientes, no se interrumpieron las consultas, el tiempo con cada paciente fue reducido aproximadamente 15 minutos por consulta, se puede deducir que esto se debe al sistema de salud de la EPS (Entidad Prestadora de Servicios) donde el médico dispone de muy corto tiempo para atender un gran número de pacientes. En una de las cinco entrevistas el médico le dio a la paciente el diagnóstico mientras hacía la revisión física, la paciente se encontraba sentada en la camilla sin camisa y el médico se encontraba de pie frente a ella. En este caso el médico ha debido esperar que la paciente se vistiera y pasar al consultorio para comunicarle el diagnóstico. Solo en un caso el médico tuvo contacto físico con la paciente después de haberle transmitido el diagnóstico.
- Percepción del paciente: en uno de los cinco pasos el médico formuló una pregunta para conocer lo que la paciente sabía acerca de su enfermedad.
- Invitación: en ninguno de los cinco pasos el médico intentó averiguar lo que querían saber las pacientes.
- Comunicación: en cuatro de los casos el médico utilizó una terminología clara y entendible para las pacientes, en el caso restante el paciente utilizó el término “tumor” que generó confusión en la paciente pero la duda fue aclarada. En ninguna de las entrevistas el médico formuló preguntas para verificar que la información transmitida estaba siendo entendida, tampoco se dio la información dosificada en todos los casos se dio el diagnóstico, las opciones de tratamiento y se entregaron ordenes para hacer algunos estudios, por lo que se puede afirmar que los pacientes fueron sobrecargados de información.
- Empatía: en ninguno de los casos el médico se mostró empático o comprensivo, su manera de transmitir el diagnóstico fue fría, sin contacto físico que pudiese llegar a demostrarle a la paciente el interés y la comprensión del médico.

- Estrategia: el médico en las cinco entrevistas utilizó como estrategia el planteamiento del plan de tratamiento. Además se puede decir que su lenguaje al comunicar el diagnóstico fue claro y sin eufemismos.

A partir de este modelo se pueden confirmar lo planteado inicialmente en cuanto las falencias del médico al transmitirle al paciente la información diagnóstica. La forma como el médico comunica el diagnóstico interviene en la capacidad de afrontamiento por parte del enfermo y su familia e indudablemente en el grado de satisfacción con la atención sanitaria y especialmente con el médico.

A partir de la implementación de modelos de comunicación de malas noticias como lo es el modelo de Buckman se puede ayudar a mejorar la relación médico – paciente y disminuir los niveles de angustia.

Como lo afirma la autora Arranz<sup>35</sup> los resultados de algunas investigaciones sugieren que la falta de adaptación psicológica, con el sufrimiento que conlleva la enfermedad, puede disminuir si la entrevista de comunicación del diagnóstico se enmarca en una relación de confianza en la que el paciente no solo perciba la experiencia profesional del médico, sino también un profesional capaz de reconocer y abordar el intenso impacto emocional asociado a las malas noticias.

El objetivo final del profesional de la salud es velar por el bienestar bio – psicosocial del enfermo y por mejorar su calidad de vida, esto se puede lograr al brindarle al paciente un trato cálido, más humano y teniendo siempre en cuenta sus necesidades. El psico – oncólogo como profesional de la salud e inmerso en un ámbito clínico y hospitalario puede promover una buena comunicación en la relación médico – paciente y de esta manera ayudar a cumplir este objetivo.

---

<sup>35</sup> Arranz, P. *Información y comunicación con el enfermo como factor de prevención del dolor y sufrimiento: La acogida.* (en línea).

[http://www.fundacionmhm.org/Monografias\\_2/Articulos/edicion16.html](http://www.fundacionmhm.org/Monografias_2/Articulos/edicion16.html) (Consulta: 12 de febrero de 2009)

## BIBLIOGRAFIA

- Almanza, J. & Holland, J. (1999) *La comunicación de las malas noticias en la relación médico paciente.* (en línea). Rev Sanid Milit 53 (2): 160 – 164. [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_revista=16&id\\_seccion=975&id\\_ejemplar=991&id\\_articulo=9663](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=16&id_seccion=975&id_ejemplar=991&id_articulo=9663) (Consulta: 28 de septiembre 2008)
- Alves, A. (2003) *¿Como comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento?* (en línea). <http://www.umng.edu.co/www/resources/cmnoticias.pdf> (Consulta: 28 de septiembre de 2008)
- Arranz, P. *Información y comunicación con el enfermo como factor de prevención del dolor y sufrimiento: La acogida.* (en línea). [http://www.fundacionmhm.org/Monografias\\_2/Articulos/edicion16.html](http://www.fundacionmhm.org/Monografias_2/Articulos/edicion16.html) (Consulta: 12 de febrero de 2009)
- Aso, J.; Martínez – Quiñones, J. & Arregui, R. *Relación médico – paciente.* (en línea). <http://www.sepeap.es/libros/MÉDICO LEGALES/2.pdf> (Consulta: 2 de octubre de 2008)
- Astudillo, W & Mendinueta, C. *Principios generales de los cuidados paliativos.* (en línea) <http://biblio.upmx.mx/download/cebidoc/Dossiers/ortotanasia017.asp> (Consulta: 27 de enero de 2009)
- Baile, W.; Buckman, R.; Lenzi, R.; Glober, G.; Beale, E. & Kudelka, A. (2000). *SPIKES – A six – step protocol for delivering bad news: application to the patient with cáncer.* (en línea) The Oncologist (5): 302 -311. <http://theoncologist.alphamedpress.org/cgi/reprint/5/4/302> (Consulta: 13 de octubre de 2008)
- CEP. *Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino.* (en línea) [http://sas.editorialcep.com/muestra/muestra\\_matronas.pdf](http://sas.editorialcep.com/muestra/muestra_matronas.pdf) (Consulta: febrero de 2009)
- Frank, A. (2005) *La información en la relación médico paciente.* (en línea) Neurol supl 1 (4): 2 – 3.

[http://www.arsxxi.com/pfw\\_files/cma/ArticulosR/NeurologiaSuplementos/2005/01-04/119040500020003.pdf](http://www.arsxxi.com/pfw_files/cma/ArticulosR/NeurologiaSuplementos/2005/01-04/119040500020003.pdf) (Consulta: 28 de septiembre 2008)

- Gonzalez - Baron. La información al enfermo con cáncer. **En:** García - Camba, E. Manual de Psico-oncología. Madrid: Aula medica, 1999
- Montesinos, M. Conceptos en Oncología II. Material de cátedra Especialización en Psico-oncología y Humanización de la Salud. UCES: 2008
- Morales, M.; Ruvalcaba, V. & Montes, M. *La relación médico paciente ¿una dimensión de la práctica clínica en peligro de extinción?*. (en línea). <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-6/RFM049000606.pdf> (Consulta: 1 de octubre de 2008)
- Pajares, J. Relación médico – enfermo en el paciente oncológico. **En:** García - Camba, E. Manual de Psicooncología. Madrid: Aula medica, 1999
- Sanz – Ortiz, J. (1992) *La comunicación en medicina paliativa*. (en línea). Med Clin 98: 416 – 418. <http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/VOL98/M0981105.pdf> ( Consulta: 28 de septiembre 2008)
- SECPAL (España). *Guía de Cuidados Paliativos*. (en línea) <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=doce> (Consulta: 13 de octubre de 2008)
- Tamblay, A & Bañados, B. Psico-oncología del cáncer de mama. (en línea) [http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/banados\\_b/sources/banados\\_b.pdf](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/banados_b/sources/banados_b.pdf) (Consulta: mayo de 2008)
- Vidal y Benito, M. *Acerca de la buena comunicación en medicina: conceptos técnicos para médicos y otros profesionales de la salud*. Buenos Aires: CEMIC, 2002.