

Pautas para una comunicación telefónica eficaz de malas noticias en el ámbito sanitario en tiempos de covid-19

Guidelines for effective telephone communication of bad news in the health field in times of covid-19

Ana Isabel Álvarez Aparicio^a

^a Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, España

Resumen

Introducción: La crisis generada por el virus SARS-CoV-2 ha supuesto un gran impacto en el plano sanitario, económico y social. En el ámbito sanitario, las circunstancias excepcionales en las que se han producido muchos fallecimientos han obligado a los profesionales a realizar la comunicación de malas noticias de manera remota a través del teléfono. **Objetivo:** El presente artículo pretende sintetizar de forma organizada las principales pautas que contribuyen a una comunicación eficaz, permitiendo a los profesionales reducir sus niveles de estrés y lograr una mayor eficiencia a la hora de comunicar un fallecimiento telefónicamente en una situación de emergencia como la actual pandemia. **Metodología:** Se realizó una revisión con base en la evidencia científica recogida en la bibliografía existente sobre el tema. Se consultaron las bases de datos PubMed, Scopus, y el buscador Google Académico. **Resultados:** Para comunicar malas noticias, el profesional debe contar tanto con unas buenas habilidades de comunicación, como con un manejo adecuado de unas pautas técnicas básicas de actuación. **Conclusión:** El uso de pautas con cierto grado de estructura, puede aumentar la eficacia de las comunicaciones de malas noticias a través del teléfono en situaciones de emergencia, maximizando los beneficios tanto para el receptor como para el emisor.

Palabras clave: Comunicación en Salud; Comunicación de malas noticias; Comunicación telefónica; Habilidades de comunicación; Pandemias; covid-19; Emergencias; Psicología.

Abstract

Introduction: The crisis generated by the SARS-CoV-2 virus has had a great impact in health, economic and social sectors. In the health field, the exceptional circumstances in which many deaths have occurred have forced professionals to communicate bad news remotely by telephone. **Objective:** This article aims to synthesize in an organized way the main guidelines that contribute to effective communication, allowing professionals to reduce their stress levels and achieve greater efficiency when communicating a death by telephone in an emergency situation such as the current pandemic. **Methodology:** A review was carried out based on the scientific evidence collected in the existing bibliography on the subject. The databases consulted were PubMed, Scopus and the search engine Google Scholar. **Results:** To communicate bad news, the professional must have both good communication skills and adequate management of basic technical guidelines for action. **Conclusion:** The use of a series of guidelines with a certain degree of structure can increase the effectiveness of bad news communications through the telephone in emergency situations, maximizing the benefits for both the receiver and the sender.

Keywords: Health Communication; Communication of bad news; Telephone communication; Communication skills; Pandemics; covid-19; Emergencies; Psychology.

Introducción

La crisis global provocada por el virus SARS-CoV-2 ha supuesto importantes desafíos no solo en el ámbito sanitario, sino también en el social, laboral o económico. Pese a que la historia de la humanidad está sembrada de situaciones de epidemia y pandemia, la actual emergencia sanitaria constituye una situación insólita en nuestra historia más reciente por sus características e implicaciones.

Como señala Huremovic (2019), pocos fenómenos han moldeado nuestras sociedades y culturas como lo han hecho los brotes de enfermedades infecciosas a lo largo de los siglos, definiendo incluso algunos de los principios básicos de la medicina moderna. La pandemia originada por la covid-19 nos ha obligado a adaptarnos como sociedad, profesionales y personas a una nueva situación con los recursos existentes en el momento, que en muchas ocasiones han sido escasos, inadecuados o ineficaces. Este hecho, que trajo consigo grandes transformaciones en situaciones similares en la historia, también ha supuesto y está suponiendo importantes cambios a todos los niveles en el mundo actual. Así, y en el tema que nos ocupa, esta pandemia ha motivado una implementación y una adaptación de procedimientos y protocolos en aspectos como la comunicación de malas noticias.

La necesidad de mantener la distancia física con los afectados para evitar nuevos contagios y las restricciones en la libertad de circulación de las personas en los momentos más críticos de la pandemia, han obligado, en numerosas ocasiones, a realizar la comunicación de malas noticias de manera remota a través del teléfono. Este procedimiento, reservado para situaciones excepcionales como la vivida, se considera, sin embargo, poco recomendable por la ausencia de información no verbal (Belli, 2020; Bernardo & Brunet, 2010; Pettinari & Jessop, 2001; Taylor, 2007), la posible no disponibilidad de apoyo inmediato (Kendrick, 1997) y la fragilidad en la comunicación (Álvarez, 2020). Todo ello ha supuesto una escasa producción científica y formación profesional específica al respecto. Esta última acostumbra a ser un tema residual en la capacitación de los profesionales del ámbito sanitario en comunicación de malas noticias, como reflejan los programas formativos.

La situación vivida durante estos meses, con un empeoramiento rápido del cuadro clínico de los pacientes y un elevado número de fallecidos en cortos espacios de tiempo; ha convertido la comunicación de malas noticias, hasta ahora considerada una competencia menor (Belli, 2020; Monden, Gentry, & Cox, 2016), en uno de los elementos clave de la práctica asistencial.

La comunicación de malas noticias

Las malas noticias son todas aquellas informaciones que entrañan consecuencias negativas y/o pérdida de estimulación gratificante para quien las recibe (Muñoz, Fernández, Parada, Martínez, & García, 2001), alteran drásticamente la visión que una persona tiene de sí misma y de su futuro (Buckman, 1992) y, en definitiva, suponen un punto de inflexión en la vida del receptor (Álvarez, 2020). Por tanto, las malas noticias pueden ser relativas a muchas cuestiones, si bien en el presente artículo nos referiremos especialmente al fallecimiento de un ser querido, una de las experiencias más dolorosas a las que una persona puede enfrentarse y, por ende, una de las peores noticias a trasladar.

La transmisión de una mala noticia es un proceso de comunicación, que como tal, implica una reacción a la información por parte del receptor. El intercambio de mensajes supone una alternancia de roles (emisor-receptor). Se trata por tanto de un acto bidireccional, donde es fundamental la adaptación a los ritmos y características del receptor de la información. Hablamos por consiguiente de “comunicar” y no de “dar”, una mala noticia. Quizá, este sea uno de los factores que lleve a los profesionales a considerar la comunicación de malas noticias como una de las tareas más difíciles, duras y estresantes a desempeñar (Bernardo & Brunet, 2010) y para la que se perciben peor preparados (Shoenberger, Yeghiazarian, Rios, & Henderson, 2013).

Comunicar una información desfavorable para otra persona, no es simplemente transmitir un mensaje y, con ello, poner punto y final a nuestra relación con ella. Supone ser permeables y receptivos a su reacción, y responder de forma empática. Una buena comunicación conlleva ayudar a las personas que han sufrido una pérdida a escuchar la información, y en la medida de lo posible, a empezar a aceptar, elaborar e integrar la pérdida, acompañándolas en el proceso, haciendo este más llevadero y reduciendo la conmoción que puede suponer la noticia. Como señalan Narayanan, Bista, & Koshy (2010) y Álvarez (2020), una comunicación bien realizada puede ser en sí misma terapéutica. No se trata solo de lograr transmitir información dolorosa, sino de amortiguar su impacto, proporcionar recursos de contención y afrontamiento y prevenir complicaciones futuras.

Los beneficios de una correcta comunicación de malas noticias son tanto para el emisor como para el receptor (Curtis, 2004; Gómez-Batiste, Novellas, Alburquerque, & Schroder, 2003; Kübker-Ross & Kessler, 2005; Ribes, 1990). No obstante, también se ha evidenciado la

necesidad de una formación específica en esta materia, incluyendo en el ámbito prehospitalario (Garrido-Molina, 2020), que capacite a los profesionales para lograr estos beneficios, complementando su experiencia en el área (Fellowes, Wilkinson, & Moore, 2004). No solo eso, pese a la existencia de una serie de habilidades que son comunes a todas las formas de comunicación, la transmisión de información por teléfono requiere de una gama adicional de destrezas (Car, Freeman, Partridge, & Sheikh, 2004). Es precisamente en este aspecto, donde el presente escrito pretende hacer hincapié: una correcta comunicación de malas noticias supone que el profesional domine unas habilidades básicas de comunicación, así como el conocimiento y manejo de unas pautas claras de actuación (Álvarez, 2020; Pacheco, Garrosa, López, & Robles, 2012). Y esto se hace especialmente necesario en situaciones de pandemia como la actual, donde a las dificultades habituales en la comunicación de información desfavorable, se le añaden circunstancias que pueden convertir a la muerte en traumática¹ y unas exigencias que implican tener que dar la información a distancia a través de un elemento de intermediación, como es el teléfono.

La comunicación telefónica de malas noticias en tiempos de covid-19

A la hora de comunicar una mala noticia es importante la experiencia profesional del sanitario y los aspectos personales como: miedos, experiencias vitales, creencias, actitudes ante la muerte y lo desconocido, y estilos y estrategias de afrontamiento, entre otros. El conocimiento y manejo de estos aspectos, junto al entrenamiento y formación recibida, determinará que la comunicación del deceso facilite o dificulte la adaptación del doliente a su nueva situación.

Como muchos profesionales señalan (Fallowfield, Saul, & Gilligan, 2001; Fellowes et al., 2004; Razavi et al., 2000; Wilkinson, Gambles, & Roberts, 2002), tanto las habilidades de comunicación como las pautas básicas de actuación, pueden adquirirse y mejorarse, siendo necesario practicarse (Arnold & Koczwara, 2006). No obstante, la escasa importancia que se le ha dado a comunicar adecuadamente una mala noticia y la débil formación al respecto (Collini, Parker, & Oliver, 2021;

Landa-Ramírez, Domínguez-Vieyra, Hernández-Núñez, Díaz-Vásquez, & Toledano -Toledano, 2021), ha hecho que esta actividad se viera como un mero trámite al que poner fin cuanto antes. En muchas ocasiones, su ejecución quedaba reservada a profesionales de mayor experiencia de los que se aprendía por modelado (Arnold & Koczwara, 2006).

En la actual emergencia sanitaria la comunicación de malas noticias ha podido suponer un incremento en los niveles de estrés de aquellos profesionales no habituados, con escasa formación y que se han visto en la necesidad de asumir dicha tarea de manera remota. Esta labor, por tanto, se ha podido complicar aún más por aspectos como la falta de lenguaje corporal al tener que emplear el teléfono; la ausencia de formación e información sobre pautas específicas en comunicación remota de malas noticias; la inexistencia en muchos casos de una relación previa con la familia del afectado; el propio estado físico y psicológico del profesional por las circunstancias de la situación; la carga y presión asistencial (y lo que esto ha conllevado en escasez de tiempos, espacios, apoyo y supervisión); la ansiedad derivada de no saber cómo comunicar adecuadamente o el miedo a desconocer cómo actuar ante las reacciones del doliente o ante sus propias emociones.

Transmitir una información desagradable a una persona angustiada no es sencillo, máxime si se realiza a distancia. Como recoge Wright (1996), la mayoría de las preocupaciones de los profesionales cuando tienen que realizar una comunicación telefónica de malas noticias, reside en: no hablar con la persona adecuada, que el receptor se bloquee y colapse, y que se le pregunte directamente si el paciente ha muerto y, en ese caso, no saber cómo responder. Como se puede apreciar, las dificultades y limitaciones que percibe el profesional tienen que ver con factores del emisor, del receptor y del sistema. Se hace necesario, por tanto, tener unas pautas claras sobre cómo comunicar de forma eficaz a través del teléfono. Esto reporta beneficios al receptor, facilitando la aceptación y adaptación a la nueva situación donde su ser querido ya no está. Se favorece así el inicio del proceso de duelo y la persona que recibe la noticia se siente atendida por el profesional con lo que ello conlleva (mejora de la relación y menor riesgo de litigio) (Belli, 2020; Fallowfield & Jenkins, 2004). Además, supone beneficios para el emisor, que puede ganar en seguridad y confianza (Hobgood, Harward, Newton, & Davis, 2005) para comunicaciones futuras, mejorando su eficacia y reduciendo así el riesgo de burnout (Álvarez, 2020).

¹ Una muerte traumática suele venir definida por: a) la sorpresa, al no haberse podido anticipar ni ser el deceso esperado; b) la impotencia, al no existir capacidad de respuesta por la conmoción del momento; c) la incomprensión, por la falta de información, al menos en los primeros momentos; d) la rapidez en producirse la muerte, sin tiempo para asimilarla y e) la soledad en el momento del deceso o comunicación del mismo y/o la soledad posterior, al no haber tenido el deudo a nadie con quién poder compartir lo sucedido (Payás, 2017).

Pautas para una comunicación telefónica eficaz de malas noticias en la situación de pandemia actual

Pese a la amplia documentación existente en torno a la comunicación de malas noticias, especialmente en el ámbito hospitalario, no existe prácticamente literatura específica sobre la transmisión de información de manera remota y en especial telefónica (Belli, 2020; Collini et al., 2021), máxime en contextos de emergencia como el actual, precisamente por su excepcionalidad en la práctica habitual.

La crisis generada por la covid-19 ha obligado a tener que comunicar informaciones difíciles de asimilar a través del teléfono. Para ello, se han adaptado diferentes pautas y protocolos ya existentes a la comunicación a distancia (Baile et al., 2000; Buckman, 1992; Fine, 1991; Rabow & McPhee, 1999), sin tener en cuenta en muchas ocasiones las especificidades, limitaciones y obstáculos de la comunicación telefónica en situación de emergencia. A esto hay que unirle la ausencia de experiencia de algunos profesionales en este tipo de práctica, la falta de formación específica en comunicación telefónica y general en notificación de malas noticias y las situaciones de alta exigencia e impacto emocional vividas. Todo ello ha hecho que la tarea se haya convertido en altamente estresante y aversiva para muchos sanitarios.

Si hacemos una revisión documental, vemos como la mayor parte de las recomendaciones dadas por diversos autores sobre comunicación eficaz de malas noticias (Baile et al., 2000; Buckman, 1992; Edlich & Kubler-Ross, 1992; Fujimori et al., 2014; Hobgood et al., 2005; Kaye, 1996), presentan cierta similitud en cuanto a los principios y pasos clave a desarrollar: preparación, en base al conocimiento y las expectativas del receptor; comunicación de la noticia de acuerdo a los intereses y necesidades del interlocutor; manejo de las emociones que puedan surgir en el proceso y planificación del paso siguiente de manera conjunta con el doliente (Bascañán, 2013; Taylor, 2020).

Hay poca evidencia empírica para apoyar el uso de protocolos o guías básicas de actuación, y no existen datos suficientes que indiquen que la capacitación en habilidades y técnicas de comunicación conduzca a mejoras en la práctica ni a que estas se mantengan en el tiempo. Tampoco existen trabajos específicos abundantes, por cuestiones éticas, que nos hablen de si las pautas sobre dar malas noticias han generado una mayor satisfacción entre los pacientes (Alelwani & Ahmed, 2014; Fallowfield & Jenkins, 2004). Incluso autores como Collini et al., (2021), señalan que el uso

de un marco estructurado podría obstaculizar una comunicación empática. No obstante, la mayor parte de los profesionales reconoce que tener unas directrices claras y estar instruidos en ellas, ayuda a la comunicación y reduce los niveles de estrés y ansiedad ante este cometido (Baile et al., 1999; Baile et al., 2000; Hammond, Franche, Black., & Gaudette, 1999; Hobgood et al., 2004; Monden et al., 2016; Pacheco et al., 2012; Read, 2002).

Los protocolos tienen por meta estructurar el proceso comunicativo de manera eficiente y eficaz, optimizando los recursos disponibles (Bascañán, 2013). Conocer y saber aplicar las recomendaciones que incluyen los protocolos resulta esencial para el profesional, que puede ver reducidos sus niveles de ansiedad y aumentar la probabilidad de realizar una comunicación eficaz (Álvarez, 2020). No obstante, aunque disponer de protocolos para la comunicación de malas noticias puede resultar de gran utilidad, pues nos permiten tener un marco básico de acción, organizan la tarea comunicativa y facilitan situar al paciente como eje del proceso; estas orientaciones que son generales, no son suficientes en sí mismas y deben ser adaptadas por parte del profesional a las circunstancias de cada caso y a la realidad socio-cultural existente (Bascañán, 2013).

Teniendo en cuenta estos aspectos, creemos de utilidad establecer una serie de recomendaciones de forma estructurada, pero de aplicación práctica y flexible a las circunstancias presentes en cada situación. Estas recomendaciones deben permitir al profesional realizar una comunicación eficaz y eficiente de malas noticias a través del teléfono en situaciones de emergencia como la actual, maximizando los beneficios para el emisor y el receptor y proporcionando herramientas y pautas específicas que permitan abordar las limitaciones que este tipo de comunicación conlleva. Si bien estas recomendaciones están centradas en cómo abordar adecuadamente la comunicación telefónica de un fallecimiento o mal pronóstico en el contexto de pandemia, pueden ser fácilmente extrapolables a otro tipo de situaciones y contextos.

a. Antes de comunicar la mala noticia

Conocer y ser conscientes de la situación. Preparación para la comunicación

Previo a cualquier comunicación de malas noticias, el profesional debe conocer todos los detalles posibles del suceso. Es importante saber desde las circunstancias del deceso, hasta la situación y características del interlocutor, pasando por el estado, limitaciones y puntos fuertes del emisor.

En relación al suceso, es importante saber de manera

fidedigna la identidad del paciente y conocer exactamente qué ha ocurrido, qué se ha hecho, se está haciendo y se va a hacer, especialmente si la muerte es inminente. Debemos ser conscientes de que normalmente los familiares harán preguntas para aliviar la ansiedad que les produce la incertidumbre y dotarse de una percepción de control que han perdido.

Este punto es especialmente relevante en situaciones de pandemia como la actual. El elevado número de muertes en corto espacio de tiempo, el hecho de que muchos de los familiares de los fallecidos no hayan podido ver a sus seres queridos una vez ingresados, la falta de un profesional de referencia y la discontinuidad en la relación, e incluso que el afectado no portara documento de identidad; puede conducir a familiares y allegados a dudar sobre la veracidad de la información transmitida. Cuestión por tanto que puede surgir y para la que se debe estar preparado haciendo acopio de todos los datos disponibles.

Por otro lado, si el paciente hubiera tenido oportunidad de comunicarse antes del empeoramiento del cuadro clínico, es esencial recoger y tener en cuentas sus preferencias.

En cuanto al profesional que comunique la información, no solo debe ser consciente de las limitaciones del sistema y el receptor, sino de las suyas propias. Como ya hemos señalado, la forma en que se comunica una información desfavorable para el interlocutor, puede afectar a la comprensión de la información recibida, a la satisfacción con la atención médica dispensada, al nivel de esperanza, al ajuste psicológico posterior (Baile et al., 2000) y al proceso de duelo (Dubin & Sarnoff, 1986; Wright, 1996).

Comunicar una mala noticia se hace especialmente complicado para el profesional cuando el receptor es percibido como angustiado (Arnold & Koczwara, 2006; Tesser & Conlee, 1973), algo que durante esta pandemia ha sido frecuente tanto por circunstancias directamente relacionadas con el ser querido (incertidumbre sobre su evolución acentuada por la imposibilidad de verlo, dudas, sentimiento de culpa o responsabilidad), como por factores de la propia situación (restricción de movimientos, contagio de otros miembros de la familia, temor al contagio). Los estudios muestran cierta correlación positiva entre niveles de estrés y comunicación de malas noticias cuando el médico no tiene experiencia, el paciente es joven, se ha expresado un gran optimismo sobre la resolución favorable de la afección o hay pocas perspectivas de éxito en el tratamiento (Dias, Chabner, Lynch, & Penson, 2003; Ptacek & Eberhardt, 1996).

Variables todas ellas presentes en numerosas ocasiones durante la pandemia.

El estrés resta, por tanto, eficacia a la comunicación. Baile et al. (2000) encontraron que aquellos profesionales con mayor dificultad para comunicar una mala noticia, eran propensos a dispensar un trato más duro y menos empático. Algo que los pacientes suelen valorar negativamente, ya que lo que esperan de los profesionales de la salud es que sean capaces de comprender lo que es importante para el paciente, muestren cierta preocupación y malestar por la noticia a trasladar (en lugar de frialdad), den suficiente tiempo para hablar y hacer preguntas y tengan conocimientos para transmitir el mensaje con claridad y respetando la privacidad (Fallowfield & Jenkins, 2004). Del mismo modo, diferentes autores como Bernardo y Brunet (2010), señalan que las personas no solo buscan que se les informe de manera correcta, sino que la comunicación sea realizada por un profesional competente en la materia, con habilidades y conocimientos.

Como señalan diferentes autores (Álves, 2003; Gómez, 2008; Gómez, 2012), cuando comunicamos un fallecimiento o anticipamos un desenlace negativo, tomamos contacto con nuestros propios miedos. Miedo a lo desconocido, a causar dolor, a ser culpados, a no saber qué respuestas dar o cómo actuar, a empatizar en exceso o simpatizar con el doliente, a ser evaluados negativamente como profesionales, pero también como personas... Estos temores pueden llevar a actitudes disfuncionales como la huida, las prisas en la notificación, la ocultación de información o el retraso en la comunicación de la misma, la sobreprotección de la persona receptora, el distanciamiento de esta, la deshumanización e incluso la derivación precoz a otros profesionales o el abordaje multisistencial no procedente (Álvarez, 2020). De ahí que sea esencial ser conscientes de ellos.

Comunicar una mala noticia supone una respuesta en el receptor y una reacción por parte del emisor. Como indica Baile et al. (1999), los profesionales a menudo responden emocionalmente a la angustia del paciente y pueden sentirse culpables y fracasados por no cumplir con las expectativas de este o su familiar. Los constantes avances en medicina han creado una percepción errónea sobre su infalibilidad y, por extensión, sobre la capacidad de solventar problemas de salud por parte de sus profesionales. Esto ha llevado a generar expectativas poco realistas tanto por la sociedad, como por los propios profesionales (Quill & Suchman, 1993) que pueden presentar fuertes sentimientos de ineficacia al no ser capaces de solventar la situación o enfermedad (Baile et

al., 2000) y vergüenza por haber ofrecido previamente una visión excesivamente optimista al paciente (Herrera, Ríosa, Manríquez, & Rojas, 2014). Estas expectativas poco realistas, agravadas por una mala capacidad de comunicación, pueden llevar al sanitario al agotamiento y burnout (Armstrong & Holland, 2004; Bragard, et al., 2010) y al desarrollo de problemas y/o patologías asociadas al estrés (Álvarez, 2020).

El profesional debe ser consciente de sus habilidades y de sus limitaciones para hacerlas frente. Así, es fundamental previo a cualquier comunicación, analizar con qué herramientas y recursos se cuenta (conocimientos, destrezas, experiencias), con que dificultades nos podemos encontrar y cómo actuar al respecto, y, por supuesto, tomar conciencia de la importancia que va a tener nuestra tarea, no solo para quien recibirá la noticia, sino para nosotros mismos.

Por lo que al receptor de la información respecta, es importante conocer todos los datos posibles antes de realizar la comunicación de una mala noticia. Por ello, si se tiene oportunidad de comunicarse de manera previa al fallecimiento o empeoramiento drástico de su ser querido, es importante recoger información no solo sobre sus características o estado de salud, sino también sobre sus deseos y expectativas, ajustándolas si fuera necesario. Conocer qué sabe exactamente, qué espera y si su deseo es recibir él la información (o prefiere delegarlo en un tercero que acompañe), cómo, por quién y con quién (el manos libres del teléfono puede facilitar este factor), siempre considerando su estado, sus ritmos y el contexto sociocultural; resulta esencial. En este aspecto, debemos ser conscientes de que, como señala Pérez y Lucena (2000), la pérdida, especialmente la muerte, provoca re-acciones emocionales y procesos de duelo que suelen determinarse por las experiencias culturales y las creencias religiosas de la persona, por lo que es importante, si es factible, contar con esta información de manera previa a cualquier comunicación. Todo esto, además, debe quedar recogido por escrito por si las circunstancias de la emergencia sanitaria hicieran necesario que fuera otro compañero quien tuviera que ponerse en contacto con la familia. En este sentido, no obstante, si las circunstancias sanitarias imperantes lo permiten, sería recomendable un profesional de referencia para la familia, que genere confianza, seguridad y reduzca con ello los niveles de ansiedad.

Así, pese a que durante años fue habitual la ocultación de la verdad bajo la creencia de que era nociva para el paciente, a día de hoy la ley no ofrece dudas y señala que las personas tienen el derecho ético y legal a determinar lo que desean saber y el profesional tiene el deber de

comunicárselo de una manera clara. Ocultar la verdad a quien desea conocerla puede ser tan reprochable y maleficente como el forzar a una persona a oírlo si no lo desea (Bascañán, 2013).

Determinar los elementos idóneos para la comunicación: quién, qué, a quién, cómo y cuándo

Una vez recogida toda la información disponible sobre la persona fallecida o en situación de últimos días, el ser querido a quien comunicar la información y los recursos del propio profesional; el siguiente paso es determinar cómo exactamente se va a trasladar esa información para reducir su impacto en el doliente, ayudarlo a activar sus propias habilidades de afrontamiento, favorecer su desahogo emocional, apoyarle y facilitarle el inicio del proceso de duelo. Así, se logra reducir la probabilidad de aparición de patologías físicas y/o psicológicas a corto, medio y largo plazo (Pacheco, 2009; Pacheco et al., 2012).

a) Quién debe realizar la comunicación de malas noticias: Existe cierto consenso en que las personas prefieren recibir las malas noticias de aquellos profesionales que han tratado a su ser querido y a los que conocen (Bascañán, 2013; Belli, 2020; Fallowfield & Jenkins, 2004; Lomas, Timmins, Harley, & Mates, 2004), pues al tener este conocimiento están en mejor disposición de responder a sus preguntas de manera más adecuada. Puede ocurrir que, en ocasiones, el médico que ha seguido el caso no sea el profesional sanitario de referencia que ha tenido el familiar a la hora de recibir la información de su ser querido de manera periódica e, incluso en situaciones ajenas a la covid-19, tampoco sea con quien más contacto haya tenido. En estos casos, autores como Wright (1996), sugieren que de ser comunicada la noticia por un facultativo al que la familia no conoce, al menos exista la posibilidad de que otro profesional con quien la familia tenga cierta relación, esté presente y sirva de apoyo. En estos casos, si la comunicación debe hacerse de manera telefónica, el “manos libres” o “altavoz” del dispositivo puede ser una buena herramienta.

En esta situación lo más recomendable sería que el profesional de referencia para la familia iniciara la comunicación, sirviendo de elemento de seguridad, proporcionando confianza y anticipando el siguiente paso para, a continuación, servir de nexo con quien fuera a efectuar la notificación de la mala noticia. Seguidamente, valdría de apoyo y se mantendría atento a la posible necesidad de intervenir durante la transmisión de la información. Es importante trabajar en equipo (Belli, 2020). Del mismo modo, no añadir más estresores al familiar resulta esencial, pues niveles elevados de

estrés y ansiedad pueden dificultar el procesamiento e integración del mensaje recibido. Sabemos, además, que el apoyo y acompañamiento posteriores son cruciales en el inicio del proceso natural de duelo (Payás, 2017).

Durante los peores días de la covid-19, las circunstancias (cambios en turnos y funciones debidos a la carga y presión asistencial, contagios de los propios profesionales, exitus tras ingreso...), obligaron a que muchas notificaciones de fallecimiento o empeoramiento drástico de pacientes tuvieran que realizarse por profesionales que nunca antes habían mantenido contacto con la familia. Esto supuso una dificultad añadida para los profesionales, a la vez que un elemento ansiógeno para muchos familiares.

b) Qué información debe comunicarse: En la actualidad no hay duda sobre si debe o no comunicarse la verdad. Mentir rompe la confianza y acaba con la relación terapéutica que se hubiere podido establecer, dificultando la adaptación a la situación (Buckman, 1992). Algunos autores sugieren que, si existe posibilidad de dar la información directamente, esta se omita o suavice hasta la llegada del familiar al hospital (Kendrick, 1997; Leash, 1996), si la distancia es corta (Leash, 1996). En la situación aquí recogida, donde la comunicación cara a cara no sería posible, la clave reside en cómo hacerlo para reducir el impacto y facilitar la asimilación de la información. Algo complicado en situaciones de muerte traumática como las que hemos podido ver durante la pandemia.

c) A quién debe comunicársele la mala noticia: Como ya señalamos, las personas tienen tanto derecho a saber, como a que se respete su voluntad de no ser informadas. Aquí es fundamental tener en cuenta varias cuestiones. Por un lado, la voluntad del paciente, si este la hubiera manifestado, acerca de a quién debe informarse preferentemente. Por otro, el estado y situación del posible receptor de la información, que debe estar en condiciones físicas y/o psicológicas para recibirla. Y, en tercer lugar, la posibilidad de que la persona designada para recibir la información por cuestiones legales, rehúse hacerlo y delegue en otra persona. Por último, y es un derecho del doliente, así como recomendable desde el punto de vista psicológico, la persona puede estar acompañada en el momento de la comunicación (Baile et al., 2000; Payás, 2017). Nuevamente, la herramienta “manos libres” o “altavoz” del teléfono, puede ser de utilidad. Es importante pues, recoger y tener en cuenta toda esta información en los momentos iniciales de comunicación con los allegados del paciente, así como facilitarles todas las opciones y ayudarles en la toma de

decisiones. Como se puede apreciar una vez más, lo ideal sería que hubiera una relación previa con el receptor de las informaciones, algo que en estos meses no siempre ha sido posible.

d) Cómo comunicar la mala noticia: Las malas noticias deben comunicarse de manera tranquila, segura, respetuosa, honesta y empática. Se debe mostrar auténtico interés por la persona con la que se está interactuando, adaptando siempre el ritmo de la comunicación a sus necesidades. Todo esto generará un clima de confianza y sensación de control, que facilitará el procesamiento de la información. La comunicación, además, debe ser clara, libre de ambigüedades, eufemismos, tecnicismos e información innecesaria o no demandada y debe ajustarse siempre a las características y circunstancias del doliente². La información debe entregarse a los familiares sin prisa, dándoles tiempo para procesar la noticia y preguntar cuantos aspectos estimen convenientes (Baile et al., 2000; Buckman, 1992; Reid, McDowell, & Hoskins, 2011; Taylor, 2007).

Por otro lado, el hecho de que la comunicación se realice a través de un teléfono, hace que los elementos paralingüísticos (tono, volumen, velocidad, entonación...), cobren especial relevancia. Estos elementos tienen un peso muy importante durante la conversación ya que, debido a la carencia de cualquier tipo de información visual durante la comunicación, son los que transmiten la dimensión emocional (del emisor y del receptor) (Acinas, Alonso, Alonso, Peláez, & Suárez, 2019; Álvarez, 2020). La voz, las palabras y, por supuesto, los silencios, son en estos casos las herramientas. Saber manejarlos adecuadamente será clave. Por ello, puede resultar de gran utilidad, previo a toda comunicación, ensayar exactamente qué y cómo lo vamos a decir. Como expresan Montés, Jiménez y Jiménez (2019, p. 32): “las palabras no son neutras, por el contrario, pueden llevar una enorme carga emocional, pudiendo actuar como un látigo lacerante sobre nuestros pensamientos y, consecuentemente, sobre nuestras emociones”.

e) Cuándo debe comunicarse la información desfavorable: Las personas recuerdan perfectamente dónde, cuándo, cómo y por quién recibieron una información que supuso un cambio desfavorable en su vida (McCulloch, 2004). Como indica Harrahill (2005), para algunas personas, la forma en que se entregan las noticias puede ser tan

² La propia Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, recoge en su capítulo 2, artículo 4: que la información (que será siempre verdadera), “se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades” y de tal forma que le ayude a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

importante como la propia noticia. Es por ello que todos estos elementos deben cuidarse de manera exquisita empezando por el momento más adecuado para realizar la comunicación. El momento ideal podría definirse como aquel que resulte más óptimo tanto para el emisor, como para el receptor del mensaje. En el caso del profesional, puesto que esta tarea puede conllevar elevados niveles de estrés al confrontarse con sus propios miedos, emociones y reacciones, es importante que elija un momento en el que se sienta seguro, tranquilo y con la posibilidad de ser apoyado e incluso supervisado por otros compañeros. Técnicas de gestión emocional y manejo de la activación como la respiración profunda o diafragmática, pueden ser de utilidad de manera previa a cualquier comunicación. Esto es importante para no trasladar la ansiedad que pueda existir al doliente, a la vez que se le devuelve la sensación de control.

Por otro lado, este tipo de comunicaciones debe realizarse cuando se disponga de tiempo de calidad sin distracción alguna (ni interna ni externa). Esto supone un momento en el que tengamos la seguridad que la línea telefónica estará libre y con una conexión adecuada que impida las interrupciones de todo tipo³. En caso de no poder garantizar esto y ser inaplazable la comunicación, se le debe anticipar a la persona, disculpándonos por ello. En cuanto al receptor del mensaje, debemos asegurarnos que se encuentra en un buen momento para recibir la información (no está realizando una actividad de riesgo como conducir, se encuentra acompañado por alguien que desea, hay la suficiente privacidad, la conexión telefónica es buena y el entorno es favorable en cuanto a ruidos y distracciones, dispone de tiempo, no tiene ocupaciones importantes en ese instante, como estar atendiendo a alguien dependiente o puede delegarlas...).

En este aspecto, si hemos establecido una buena relación en comunicaciones anteriores, es posible que ya contemos con toda esta información en el momento de efectuar la llamada. Es importante recalcar que la información debe transmitirse al allegado a la mayor brevedad, cuidando los aspectos mencionados para evitar que se entere por otros medios o disminuya la confianza en el profesional consecuencia del retraso en la comunicación. En ningún caso, si no es el momento adecuado o no cogiera el teléfono, debe realizarse una comunicación rápida o por otros medios (contestador, correo electrónico...). Para estas situaciones, concretaremos con la persona un momento más idóneo, que trataremos de cumplir en día y hora (Belli, 2020; Taylor, 2007).

Durante los momentos más crudos de esta crisis quizá este ha sido uno de los elementos más difíciles de cuidar por parte del sanitario, que contaba con pocos recursos espaciales y temporales para este fin, añadido a su propia situación profesional y personal.

Ensayar la comunicación

Ensayar la comunicación de la mala noticia a trasladar, tanto mental (Baile et al., 2000) como conductualmente si fuera posible, puede ser de gran utilidad, pues permite determinar qué y cómo transmitir el mensaje del modo más eficaz. Facilita anticipar aquellos momentos más difíciles de abordar, como puede ser el manejo de las reacciones emocionales propias y ajenas o la resolución de dudas; y la puesta en marcha de aquellas habilidades y estrategias de mayor eficacia y con las que el profesional se encuentre más cómodo (Robles & Medina, 2002). La posibilidad de ensayar la situación con un compañero, e incluso de disponer de un supervisor, permite detectar errores, aspectos a mejorar o estrategias más eficaces a entrenar. La repetición, además, resta novedad a la situación y aumenta la sensación de control, y con ello la autoeficacia percibida, reduciéndose el estrés y haciendo menos probable el bloqueo cognitivo y activación del sistema límbico (Cortés, 2003).

A la hora de ensayar, debemos tener muy presente que el acto de comunicar es un proceso complejo a lo largo del cual puede producirse una pérdida de información de hasta el 50% (Sarabia, Ortego, & Torres, 2013) desde que el emisor elabora lo que quiere decir hasta que el receptor recibe e interpreta el mensaje (asimilándolo o no), dando una respuesta en consecuencia. Por ello es fundamental no improvisar y planificar con tiempo qué y cómo queremos transmitir la noticia para no añadir más dolor al que de por sí va a causar la información sobre el ser querido. Como señala Álvarez (2020), se considera que la comunicación es efectiva cuando el mensaje se adapta al interlocutor, de modo que resulta percibido, comprendido, aceptado e integrado. Para que esto sea posible, es necesario ser conscientes y neutralizar las barreras que pueden darse en la comunicación.

Así y como indica Álvarez (2020), pueden darse varias casuísticas que debemos tener en cuenta a la hora de elaborar nuestro mensaje a transmitir:

a) El profesional no ha dicho todo lo que quería decir. Esto, en muchas ocasiones, es fruto de la improvisación por la presión asistencial que dificulta dedicar tiempo al proceso de comunicación, la falta de formación sobre la importancia de la planificación como paso previo a cualquier actuación, y la falta de experiencia y dificultad para la autogestión emocional que puede llevar al

³ La literatura muestra que las interrupciones al brindar malas noticias tienen un impacto negativo en quien las recibe, así como también en quien las da (Belli, 2020).

sanitario a conducirse impulsivamente. Preparar qué y cómo se quiere trasladar la noticia resulta clave, así como la respuesta a posibles dudas y objeciones (Baile et al., 2000; Buckman, 1992; Taylor, 2007).

b) La persona no es capaz de oír todo lo que el profesional le ha dicho. En el caso de la comunicación a través del teléfono, este es un punto que hay que cuidar especialmente escogiendo un momento y lugar adecuados para efectuar la llamada. Lo más recomendable es elegir un lugar sin ruidos ni distracciones, con tiempo para poder efectuar la comunicación y retomarla en caso de interrupción (Baile et al., 2000; Belli, 2020; Buckman, 1992; Taylor, 2007). Si es posible, escoger un momento en el que el familiar se encuentre en condiciones físicas y psicológicas óptimas que le permitan concentrarse para recibir la información.

c) La persona no es capaz de escuchar lo que el profesional le ha transmitido. Aquí, además de tener en cuenta las consideraciones del punto anterior, es preciso valorar la posibilidad de que la persona haya puesto en marcha un mecanismo defensivo de negación para reducir el impacto del estímulo doloroso (Bascañán, 2013; Bernardo & Brunet, 2010; Robles & Medina, 2002). Debemos considerar que, tanto la negación como la culpa, son dos reacciones que aparecen con frecuencia en personas que reciben la noticia de una muerte inesperada (Montés et al., 2019). En estos casos, además de respetar los tiempos, es necesario hacer preguntas de control, de forma que el oyente tenga que explicar, resumir o dar alguna respuesta sobre lo escuchado. Igualmente, puede ser conveniente repetir por parte del profesional la misma información de diferentes maneras para facilitar el procesamiento de la misma (Cerezo, 2012).

d) La persona no ha comprendido lo que el profesional le ha dicho. El empleo de tecnicismos, la falta de claridad y la existencia de ambigüedad en el mensaje, o un código no compartido (diferente idioma, edad, cultura...), pueden suponer que la persona no comprenda lo que se le ha querido transmitir (Belli, 2020; Harrahill, 2005; Wright, 1996). Es esencial adaptarnos a quien tenemos que comunicar (Bascañán, 2013; Martín & Muñoz, 2009; Taylor, 2007). No olvidemos que el SARS-CoV-2 ha afectado a personas de todo tipo y condición, suponiendo un reto añadido para los profesionales que en algunos casos incluso, han tenido que recurrir a intérpretes “de oportunidad”. Esto, no obstante, no debe eximirnos de ser especialmente cuidadosos en la selección de los mismos, evitando el empleo de personas vulnerables por su estado o circunstancias (como son los menores), que puedan verse impactados negativamente por la situación.

e) La persona ha comprendido, pero no acepta la información comunicada. Es normal que en los primeros momentos se activen mecanismos de defensa como la negación, que reducen el contacto de la persona con una realidad a la que no quiere enfrentarse. Por otro lado, puede existir también desconfianza hacia la propia situación en general y hacia el profesional en particular. Recordemos que, durante los peores momentos de la pandemia, el contacto de familiares con las personas afectadas por el virus no era posible y la información era escasa e incluso contradictoria, favoreciendo procesos de activación ansiógena debidos a la impotencia, la frustración y la incertidumbre. Respetar los tiempos, mostrarnos empáticos, accesibles y disponibles para un contacto posterior, resulta de ayuda (Belli, 2020; Pettinari & Jessop, 2001; Taylor, 2007).

f) La persona ha comprendido y aceptado el mensaje transmitido, pero no es capaz de retenerlo. Dado el impacto emocional sufrido, es posible que se produzcan bloqueos que dificulten el procesamiento e integración de la información. Ciertos estudios hablan de un olvido de hasta un 40% de la información transmitida consecuencia de estos bloqueos (Pacheco et al., 2012). Es importante resumir, repetir y, si fuera posible, hacer llegar, incluso por escrito, la información más relevante, en especial la relativa a formas de contacto y orientaciones sobre los pasos a seguir a continuación. El apoyo social es importante durante todo el proceso, pero en este punto resulta clave para que la persona al otro lado del teléfono pueda tener un apoyo físico y emocional que facilite el afrontamiento de la situación, algo que no siempre ha sido posible durante el estado de alarma por la limitación de la libertad de circulación de las personas.

b. Comunicación de la mala noticia

Si se han seguido adecuadamente las pautas de la fase anterior, el profesional que vaya a comunicar habrá recopilado toda la información posible del caso, habrá realizado una planificación detallada de qué, cómo, cuándo y dónde va a transmitir la información y se habrá preparado física y mentalmente para ello. En este punto habrá dos elementos clave que se deben utilizar adecuadamente: empatía y escucha activa. Otras habilidades pueden ser también de gran utilidad. Como es el caso de la capacidad para expresar y recibir emociones, conocer como acompañar adecuadamente, saber cómo aceptar el derecho que la otra persona tiene a decidir, la habilidad para orientar hacia un pensamiento adaptativo, la paciencia, el refuerzo o la continuidad de los cuidados (Linehan, 1980).

No podemos perder de vista dos cosas: 1) la importancia de nuestra labor, pese a su dificultad y, 2) que es normal reaccionar emocionalmente a una situación de sufrimiento, pudiendo surgir incluso sentimientos de frustración o responsabilidad (Whippen & Canellos, 1991). Debemos evitar, no obstante, identificarnos en exceso y sobreimplicarnos, pues este contagio podría restar eficacia a la comunicación.

Como en todo intercambio de información, el primer paso es la identificación adecuada (nombre, apellidos, cargo y papel con el paciente, servicio, hospital), así como asegurarse de la identidad del interlocutor (nombre, apellidos, parentesco). Si ha habido comunicaciones anteriores es posible que el familiar inicialmente elegido por cuestiones legales para recibir la información prefiera delegar en otra persona o sus circunstancias no aconsejen que sea él, en ese momento, quien reciba la noticia. Si es la primera vez que contactamos con la persona, debemos averiguar estos aspectos, así como si es un buen momento para hablar con ella, indicando el motivo de la llamada, que no es otro que dar información sobre la situación actual de su ser querido.

Es importante dar la posibilidad, inclusive animar a la persona, a que haya alguien más presente e incluso que participe de la comunicación si así lo desea a través del sistema de “altavoz” o “manos libres” del teléfono. Del mismo modo, se puede mostrar empatía reconociendo la dificultad añadida de tratar algo tan importante por teléfono y disculparse si la conexión telefónica no pudiera mejorarse y/o quedara interrumpida, indicando claramente que se volverá a llamar en cuanto se solventa el problema.

En cuanto a la comunicación propiamente dicha, en los casos de empeoramiento de la situación clínica donde se advierte un final fatal (pero aún no se ha producido), la mayor parte de los protocolos siguiendo las pautas dadas por modelos como el de seis pasos de Baile et al. (2000), SPIKES, señalan que puede ser útil averiguar con qué información cuenta el familiar hasta ese momento (“qué información tiene hasta ahora”), y si no se hubiera determinado antes, qué es lo que desea saber y si prefiere delegar la recepción de la noticia (“¿desea que le explique los detalles de la situación?”, “¿prefiere que hablemos con otra persona?”). Este manejo de la información de manera progresiva puede reducir la probabilidad de bloqueo en el receptor, facilitando la integración del mensaje. Del mismo modo, puede ayudar al profesional a adaptar la comunicación al interlocutor,

detectando posibles resistencias a la aceptación de la situación como expectativas poco realistas o la omisión de detalles médicos desfavorables que ya le habían sido comunicados (Baile et al., 2000; Suchman, Markakis, Beckman, & Frankel, 1997). Además, siempre habrá algo que podamos hacer tanto por el bienestar del paciente como por el de su familiar, por lo que junto a la explicación de las medidas que se han tomado y se están tomando, debemos anticipar también las que se tomarán, dándole opción al familiar a participar en ellas si fuera posible (por ejemplo, para aumentar el grado de confort del ser querido en sus últimos momentos se puede dar opción a su allegado a que le grabe un mensaje, le envíe una canción o una carta para leérsela). Esto, en el familiar puede aumentar la sensación de control y reducir sentimientos como la culpa, que pudieran complicar la elaboración posterior de la pérdida.

En caso de que el familiar ya haya fallecido, diferentes expertos abogan por dar la información de manera progresiva, pero breve. Como señala Montés et al. (2019), “cuanto más nos explyemos, más probabilidad habrá de que digamos alguna palabra dolorosa”. Una fórmula habitualmente utilizada en situaciones de muerte traumática, es comenzar con una fase preparatoria (“desafortunadamente tengo malas noticias que contarle”) o “disparo de advertencia”⁴ (Taylor, 2007) que puede reducir el impacto de la comunicación y facilitar su procesamiento (Baile et al., 2000), continuar con un mensaje descriptivo-narrativo de lo ocurrido, las medidas adoptadas y finalizar verbalizando, de forma sencilla, empática y sin ambages, la situación actual o desenlace:

Como sabe, su padre ingresó ayer con una grave dificultad respiratoria por infección por coronavirus. Debido a ello hubo que intubarle y sedarle, aplicándole todas las medidas de confort posibles. Lamentablemente, durante la noche su situación se agravó. Hemos hecho todo lo posible, pero siento mucho comunicarle que su padre ha fallecido.

Es importante también señalar de forma explícita, como se puede apreciar en el ejemplo, que se ha hecho todo lo posible tanto por la salud de la persona fallecida, como por su bienestar y confort; si hay algo positivo que decir al familiar, hacerlo; y si ha dejado algún mensaje el fallecido, transmitirlo. Finalmente mostraremos nuestras condolencias por la pérdida, cuidando que las palabras no puedan malinterpretarse (Bernardo & Brunet, 2010), máxime teniendo en cuenta la situación de incertidumbre

⁴ Un disparo de advertencia es un comentario que se utiliza para alertar al destinatario de la seriedad de lo que está a punto de decirse (Taylor, 2007).

y, en ocasiones desconfianza, que con el manejo de la covid-19 haya podido surgir. Por tanto, puede ser más útil un “siento su pérdida”, a un simple “lo siento”.

En general, además de los “disparos” verbales de advertencia, que pueden suplir en parte la ausencia de información visual, Buckman (1992) sugiere que, para denotar la seriedad del mensaje a transmitir, puede ser conveniente reconocer el último contacto realizado con la persona o el profesional, antes de declarar formalmente que se está a punto de dar una mala noticia (“sé que habló con su mujer hace solo un par de horas, pero lamento decirle que tenemos malas noticias” o “sé que he hablado con usted hace solo una hora, desgraciadamente...”). Conveniente también, no solo para anticipar la importancia de lo que va a comunicarse sino para contrarrestar posibles problemas como una caída por síncope vasovagal, es invitar al familiar a sentarse (Pacheco et al., 2012).

La comunicación debe hacerse desde la empatía y la honestidad. La información transmitida debe ser veraz, informando solo de aquello de lo que estemos seguros. Pero decir la verdad no está reñido con la sensibilidad al hacerlo. Estudios como los de Lind, DeVecchio y Good, Seidel, Csordas y Good (1989), revelan que esa ausencia de sensibilidad y preocupación por los pacientes, puede llevar a estos a sentirse tan molestos como si se les hubiera mentido.

La transmisión de la información debe hacerse manejando adecuadamente los componentes verbales y paralingüísticos de la comunicación, claves a través del teléfono. El empleo de un tono empático, un volumen adecuado, una velocidad adaptada a la situación, el manejo de silencios, paráfrasis, resúmenes, reflejos, repeticiones, preguntas de clarificación o expresiones que indiquen un seguimiento de la conversación, será importante a lo largo de todo el proceso.

El lenguaje empleado debe adaptarse siempre al nivel y características del interlocutor, evitando tecnicismos, pues la sencillez del discurso facilita la comprensión (Herrera et al., 2014). Durante la comunicación, además, emplearemos oraciones cortas, haremos un buen uso de las pausas entre ellas y se debe permitir que la persona nos interrumpa (si bien evitando desviarnos de la conversación en exceso, como señala Whittaker en 2020), incluso si nos pregunta directamente si su familiar ha fallecido, debemos responder con sinceridad (Taylor, 2007). Fundamental será ir asegurándonos que va entendiendo y asimilando lo que la vamos diciendo, siendo permeables y respondiendo a sus reacciones.

c. Después de comunicar la mala noticia

Manejar las reacciones tras la comunicación de la mala noticia

Una vez comunicada la información desfavorable para el interlocutor, viene quizá la parte más difícil para el profesional (Baile et al., 2000; Buckman, 1992; Ptacek & Eberhardt, 1996), que no suele estar formado ni entrenado para ello: ser capaz de identificar y manejar las reacciones que pudieran producirse en el doliente, pero también las que podría experimentar él mismo como profesional, y por supuesto, como persona.

En relación al receptor de la mala noticia, y en base a variables como el momento vital, las experiencias previas, la personalidad, la relación con el ser querido afectado o las creencias religiosas, las reacciones que puede experimentar son muchas y muy diversas. Desde la negación, la incredulidad y el silencio, hasta el llanto desconsolado o la ira, pasando por la aceptación o conductas disruptivas de carácter agresivo a las que el profesional debe estar particularmente atento. De ahí la importancia de que la persona pueda estar acompañada, especialmente cuando la comunicación es telefónica. En este aspecto, este tipo de comunicación remota puede dificultar apreciar si la persona está respondiendo de manera adaptativa, al no disponer de información visual. Los profesionales en este tipo de comunicaciones deben estar preparados para, si fuera necesario, activar un recurso asistencial de emergencia ante determinadas reacciones o sintomatología que a través del teléfono pueden ser más difíciles de valorar y/o controlar (Álvarez, 2020; Taylor, 2007).

El sanitario, en cualquier caso, debe estar preparado para identificar las emociones, recogerlas y validarlas. Es normal que se produzcan, y debemos esperarlas y respetarlas, aun cuando puedan ir dirigidas hacia nosotros. No debemos nunca tomarlo como algo personal, sino como un intento de manejar algo que le resulta inmanejable al doliente y no sabe abordarlo de otro modo. Conducimos de manera empática será el principal antídoto a este tipo de reacciones. De igual modo, no debemos tener miedo a que la persona exprese sus sentimientos, preocupaciones y temores, pues no solo nos permitirá recogerlos, sino también detectar lagunas de información y formas poco realistas de razonar y proceder (con el consiguiente riesgo para su salud física y/o mental). Nos dará la oportunidad de demostrar verdadero interés por su situación de modo que la persona se sienta escuchada y, en última instancia, la información recabada nos permitirá enfocar nuestra intervención de la manera más adecuada y adaptada al doliente posible.

Como señala Buckman (2000), “el principio central del diálogo terapéutico efectivo es que el paciente perciba que sus emociones han sido escuchadas y reconocidas por el profesional”. Por ello, puede ser de ayuda nombrar y validar las emociones que puedan darse ante la noticia, así como normalizar y resignificar reacciones físicas, cognitivas y emocionales que pudieran surgir. Como indica Suchman, et al. (1997), en muchas ocasiones, los pacientes no verbalizan sus emociones de forma directa y espontánea, y en su lugar tienden a ofrecer pistas. Si se les invita a dar más detalles, los pacientes pueden expresar directamente la preocupación emocional y el sanitario puede responder con un reconocimiento preciso y explícito. Es, por tanto, relevante valorar el esfuerzo del interlocutor por expresarse, pues toda conducta que se refuerza tiene más probabilidades de repetirse en un futuro, aumentando las posibilidades de detección de elementos desadaptativos y, consecuentemente, facilitando la intervención por parte del profesional.

Comunicada la mala noticia será importante también observar si se ha producido un bloqueo post-impacto que, como hemos visto, puede suponer hasta una pérdida del 40% de la información notificada (Pacheco et al., 2012).

Transmitido el mensaje y, a ser posible, una vez que la intensidad de las reacciones emocionales haya descendido, el profesional debe estar preparado para responder las preguntas y dudas que pudieran surgir. Esta fase es de las más incómodas y complicadas para el profesional, ya que supone manejarse con conceptos abstractos como son las emociones (Martín & Muñoz, 2009). Es posible que surja la tentación de dar mucha información técnica sobre lo sucedido una vez que se produce la reacción emocional en el doliente, en un intento de silenciar la incomodidad que esto supone. Sin embargo, como se ha señalado, es esencial dejar al familiar experimentar y mostrar las respuestas emocionales a la pérdida, para, a continuación, una vez recuperada su atención, seguir ofreciéndole la información, dar instrucciones o pedir una toma de decisiones (Landa-Ramírez, López-Gómez, Jiménez-Escobar, & Sánchez-Sosa, 2018).

Si hemos realizado correctamente la fase previa a la comunicación de la mala noticia, habremos recogido toda la información disponible sobre el caso, así como entrenado la respuesta a las dudas e inquietudes que pudieran surgir de manera personalizada al interlocutor. Es importante no improvisar, evitar verbalizaciones que quiten importancia a lo ocurrido o frases hechas, emplear eufemismos, dar detalles no solicitados, excesivos, innecesarios o escabrosos o exponer hipótesis gratuitas y sin fundamento sobre lo que ha ocurrido o lo que podría

haber pasado. Cuando se transmita la información, es importante hacerlo en positivo, poniendo el énfasis en aquellas acciones que ayudaron a aumentar el bienestar del ser querido, así como en aquellas que descarguen de responsabilidad y culpa al familiar (por ejemplo, por no estar presente en los últimos momentos del fallecido). En el caso de que el ser querido esté en situación de últimos días, debemos evitar mentir o transmitir falsas esperanzas en un intento de aliviar nuestra propia angustia.

Es importante tener en cuenta que, si desconocemos determinada información que se nos demanda, decir que en ese momento no contamos con ella pero vamos a tratar de obtenerla para trasladársela, no solo dota de credibilidad al profesional, sino que genera confianza en el interlocutor (Gómez, 2008). No debemos tener miedo a decir “no sé” o “en este momento no dispongo de esa información”.

En este apartado, quizá uno de los elementos más difíciles de manejar sean los silencios. Nuestra propia incomodidad puede llevarnos a tratar de eliminarlos mediante frases de relleno, que pueden obstaculizar el proceso de toma de conciencia y asimilación de la situación por parte del doliente. En la comunicación telefónica los silencios son especialmente estresantes para el emisor, al no disponer de información visual de lo que está pasando al otro lado del hilo. Es necesario aquí el empleo de un mayor número de frases empáticas, de comprensión, interés y escucha, que palien en la medida de lo posible la ausencia de comunicación no verbal (“estoy escuchándole”, “estoy aquí para lo que necesite”, “entiendo que no hay palabras para expresar cómo se siente”...).

Como ya hemos dicho, en este punto no solo es importante saber abordar adecuadamente las reacciones del familiar, sino, y primeramente, el profesional debe ser capaz de manejar las suyas propias. Como muestran Ptacek y Eberhardt (1996), “la percepción que tienen los pacientes del profesional es menos positiva si este parece ansioso, deprimido, irritado o presionado”. El profesional debe proporcionar al doliente un espacio de confianza, seguridad, comprensión y contención⁵, donde se sienta tranquilo para mostrar sus reacciones. En palabras de Bascañán (2013), se trata de transmitir que “aun siendo todo esto muy doloroso, si el profesional está aquí y puede sostenerlo, pensarlo, verbalizarlo; entonces es algo que es sostenible, pensable, verbalizable”.

Debemos cuidar la expresión de nuestras propias necesidades, que son ajenas al doliente, y que pueden

⁵ La contención no debe entenderse como una limitación de las reacciones que el doliente puede experimentar, sino que, como señalan Bernardo y Brunet (2010), consiste en facilitar su expresión, cualquiera que sea el estilo personal, dentro de parámetros adaptativos.

materializarse en aspectos como tratar de animarle a ver las cosas por el lado positivo, o generarle unas expectativas poco realistas.

En ocasiones, puede producirse por parte del profesional una conducta silenciadora para evitar que el interlocutor proporcione detalles personales que le puedan generar ansiedad al conectar con el dolor. En este sentido, debemos estar atentos y no mostrarnos indiferentes, sino comprensivos y empáticos. Una reacción emocional compatible con la información que se está transmitiendo, es normal (Bernardo & Brunet, 2010; Fallowfield & Jenkins, 2004).

Orientar y facilitar los siguientes pasos a dar

Comunicada la información y manejadas adecuadamente las reacciones suscitadas a la misma, el profesional debe orientar sobre los trámites a realizar a continuación, así como facilitar el acceso a los recursos disponibles (médicos, religiosos, psicológicos, sociales, legales...) y poner en contacto si fuera preciso. Debemos tener en cuenta que, en muchas ocasiones, es la primera vez que los familiares se encuentran en una situación de este tipo (deceso o últimos días) y desconocen qué se espera de ellos y cómo deben actuar.

Como señalan Taylor (2007) y Baile et al. (2000), es responsabilidad de la persona que realiza la llamada ayudar y acompañar al destinatario a tomar decisiones y hacer planes para los próximos minutos y horas, favoreciendo la recuperación de cierta sensación de control que disminuya la activación. Esto en ningún caso supone tomar decisiones por el doliente, obstaculizando su autonomía y movilización de recursos y capacidades propias.

En este aspecto, una vez la persona presenta cierta estabilidad emocional y se valora un buen procesamiento e integración de la información, puede estar también en condiciones para la autorización de determinados procedimientos (ej: autopsia), si fuera el caso y algo preciso en ese momento, sin opción a demora (Landa-Ramírez et al., 2018).

En caso de que el familiar aún no haya fallecido, aunque en la mayoría de los casos en los peores momentos de la pandemia esto no fue posible, si existe la posibilidad de que un familiar pueda ir a despedirse de su ser querido, se le debe ofrecer y anticipar cómo va a ser el proceso a fin de eliminar la incertidumbre generadora de estrés y ansiedad y reducir el impacto emocional de la situación. Aunque esta posibilidad se le puede adelantar en este momento, es importante permitirle tiempo para que tome la decisión. Debemos ser conscientes de que la información que acaba de recibir puede suponer un embudo cognitivo donde el procesamiento de la

información es limitado. En este caso concertaremos una nueva llamada y, en el supuesto de querer ver a su familiar, se le debe explicar de la forma más detallada posible el procedimiento (que verá, qué oír, qué medidas deberá adoptar...), además del porqué de algunas normas como el que solo un familiar pueda acceder (como ha sido procedimiento habitual). Esto es fundamental hacerlo de forma empática, reconociendo la dureza de la situación, para facilitar tanto su colaboración como la despedida y asimilación de la pérdida. En cualquier caso, y aunque no le puedan acompañar al interior del recinto sanitario, siempre se debe recomendar, si las circunstancias lo permiten (por ejemplo, porque convivan juntos), que acudan acompañados hasta el lugar para posteriormente disponer de apoyo. En muchos casos, la persona puede rechazar acudir por miedo a contagiarse o por otro tipo de situaciones, en cuyo caso no se debe presionar ni juzgar. Intentaremos facilitar la despedida por otras vías como la telemática o el envío de mensajes o elementos significativos para el familiar, a fin de evitar complicaciones futuras en la elaboración de la pérdida. Siempre se deben escuchar las propuestas dadas por los familiares y ver si alguna es factible. Es importante ofrecerse como intermediario por si hay algo que quieran trasladar al paciente.

El profesional debe ser receptivo y tratar de satisfacer las necesidades inmediatas y a corto plazo de la persona como, por ejemplo, orientarle sobre cómo comunicárselo a otras personas o ayudarle a hacerlo (por ejemplo, "veo que emocionalmente se encuentra afectado por la noticia, ¿hay algo en lo que podamos ayudarle ahora?, ¿existe algún aspecto al cual le gustaría darle prioridad en este momento?"). Si existe alguna duda, basta con preguntar al familiar. Desde la empatía, debemos hacer hincapié en que estamos para acompañarles y ayudarles en lo que necesiten ("soy consciente de lo dura que es la noticia que acaba de recibir y me imagino que ha de estar pasando un momento sumamente complicado. Quiero que sepa que estamos para apoyarle en lo que necesite"). En ningún caso deben efectuarse comentarios desestabilizadores inductores de culpa o de carácter catastrófico ("se acabó todo"). En su lugar hemos de poner el foco en lo que aún podemos hacer por el doliente ("para nosotros es importante también su salud. Me gustaría que ahora nos enfocáramos en usted para apoyarlo en lo que precise y que esté lo mejor posible en este momento tan difícil") (Landa-Ramírez et al., 2018).

Si la persona aún no hubiera fallecido, puesto que una de las grandes preocupaciones para la familia suele ser que su ser querido sufra y/o muera solo, la llamada debemos finalizarla señalando que trataremos que su

familiar esté lo más confortable posible y que cuidaremos de él. Igualmente, aseguraremos el cumplimiento de todas las promesas que le hayamos realizado al familiar durante la conversación (por ejemplo, decirle al ser querido que su familia le quiere mucho o buscar determinada información). Es importante cerciorarnos de que, una vez que colguemos, contará con apoyo social. Y finalizaremos haciendo un pequeño resumen de lo tratado en la llamada, invitando al familiar a hacerlo con nosotros para asegurarnos que lo ha comprendido todo. Puede ser útil aquí y, si las condiciones lo permiten, el envío de instrucciones, materiales o un pequeño resumen, a través de un correo institucional. Normalmente, este tipo de gestos no solo permiten una mejor asimilación de lo ocurrido, sino que generan una valoración más positiva del profesional, al que perciben como preocupado e interesado, siendo más fácil que puedan adherirse a instrucciones futuras dadas desde el ámbito sanitario (por ejemplo, realizar una cuarentena ante un contacto estrecho con una persona positiva por covid-19).

Nos mostraremos accesibles y disponibles para futuros contactos (empleando el plural para remarcar el concepto de Equipo, si la comunicación no pudiéramos volver a realizarla nosotros) y fijaremos fecha y hora, a ser posible, para una próxima llamada de información o seguimiento.

Es importante también, si valoramos adecuado hacerlo en ese momento (se observa que la persona asimila adecuadamente la información e incluso demanda nueva y no va a efectuarse una nueva llamada a corto plazo), expresar al familiar con qué reacciones se puede encontrar en las horas o días siguientes, explicándole que son normales en la situación que está viviendo y que no es infrecuente que aparezcan. Del mismo modo, y si la situación lo permitiera, pueden dársele pautas sencillas para su manejo. Esto puede restar ansiedad al eliminar la incertidumbre, normalizar las reacciones, ver que no son los únicos en experimentarlas y que pueden ejercer cierto control sobre ellas. Además, en los casos en que hemos dado por finalizada nuestra intervención o la siguiente llamada se va a demorar en el tiempo (caso, por ejemplo, y si las circunstancias lo aconsejaban y permitieran, de una llamada de seguimiento tras un deceso), se le debe indicar dónde y cuándo pedir ayuda si las reacciones dejan de ser adaptativas (en base a frecuencia, duración, intensidad o adecuación a la situación) y generan malestar clínicamente significativo y/o deterioro en áreas fundamentales del funcionamiento de la persona (laboral, social, personal...). En ocasiones, dado el impacto emocional que supone una noticia negativa, puede ocurrir, como hemos visto, que la persona no

pueda procesar adecuadamente toda la información que le estamos dando. En estos casos, que alguna persona de su confianza esté presente en la conversación (de forma activa o pasiva) mediante el empleo del altavoz del teléfono u otro tipo de sistema telemático, puede ayudar a la integración posterior de toda la información comunicada que, en un primer momento ha podido no ser escuchada, entendida o asimilada.

En definitiva, la llamada puede finalizarse cuando se han respondido todas las preguntas del familiar, la intensidad de la reacción emocional se ha estabilizado, cuenta con apoyo social (físico o virtual), no apreciamos riesgo para su salud, se le ha puesto en contacto con un servicio especializado si así se ha valorado (por ejemplo, psicológico o religioso) y se le han explicado los pasos a seguir a continuación y las reacciones habituales y normales que puede experimentar en las próximas horas y días.

Hacemos nuevamente hincapié en que es fundamental que, una vez concluida la llamada, sus detalles queden recogidos por escrito para que, si las circunstancias obligan a que sea otra persona quien deba retomar la comunicación con la familia, esta tenga toda la información.

Reflexionar sobre la comunicación telefónica efectuada

Para cuidar a los demás, antes debemos cuidarnos a nosotros mismos. Esta premisa tan escuchada, suele tener, sin embargo, poca aplicación práctica en el ámbito profesional sanitario. Como señala Bascuñán (2013), se hace especialmente relevante la necesidad de que el profesional tome conciencia de sus limitaciones, reflexione sobre sus puntos fuertes y elementos de apoyo y adopte conductas activas de auto-cuidado. Así, al igual que es importante una vez comunicada la noticia, evaluar las estrategias utilizadas y si estas han resultado eficaces; también lo es evaluarnos a nosotros mismos y analizar qué repercusiones ha tenido la situación en nuestro estado psicofisiológico, que herramientas hemos empleado para afrontarla y si han sido de utilidad.

Comunicar una información que genera dolor en el destinatario, nos conecta con nuestros propios miedos, con nuestra propia incertidumbre, con nuestras propias reacciones, en ocasiones desconocidas hasta ese momento. Nos hace tomar conciencia de nuestra propia vulnerabilidad y ausencia de un control total real. Y esto nos genera estrés, pudiendo llegar, si no aprendemos a manejarlo adecuadamente, a afectar a nuestra salud, a nuestra visión del mundo y de los demás y a la atención profesional que dispensamos.

Por ello, es importante hacer un análisis técnico de la llamada al finalizar la comunicación. Ver qué se ha hecho bien y qué aspectos son susceptibles de mejora. Aquí,

la opinión de compañeros y supervisores, puede resultar de utilidad (Dosanjh, Barnes, & Bhandari, 2001). Pero también es necesario buscar un espacio donde podamos poner en común con quienes nos encontremos cómodos, cómo nos hemos sentido, cómo lo hemos manejado y qué herramientas podrían resultarnos útiles en un futuro. Este trabajo de análisis y reflexión frecuente, puede suponer un paso importante en el desarrollo profesional y el crecimiento personal del sanitario.

Dada la estructura asistencial y las circunstancias generadas por la pandemia, en especial las relativas a falta de espacios y tiempo, puede ser necesario establecer estos momentos de revisión y reflexión de manera protocolaria. Así, es más fácil impulsar conductas saludables que hacer frente a los costes asociados a su falta de promoción.

Conclusiones

Si hay una cosa segura desde que nacemos, es que todos algún día moriremos. Sin embargo, en nuestra sociedad, no se nos prepara para ello, convirtiéndolo incluso en un tema tabú. Consistentemente, tampoco se nos forma adecuadamente como profesionales para enfrentarnos a la muerte y a la notificación de la misma.

En el ámbito sanitario, gran parte de los conocimientos sobre cómo comunicar una mala noticia, en especial en su grado más grave por su irreversibilidad como es una muerte, se adquieren de manera informal por observación y modelado de otros profesionales con más experiencia (pero quizá también, escasa formación). Los estudios nos hablan de que, para una adecuada transmisión de malas noticias, es necesario contar con unas buenas habilidades de comunicación y con un manejo adecuado de pautas técnicas básicas de actuación; y para ello, no solo basta la experiencia (Fellowes et al., 2014).

La comunicación de malas noticias es inherente a la práctica clínica y, sin embargo, se ha venido considerando una competencia menor, comparativamente a otros aspectos técnicos del plano asistencial (Belli, 2020). El modelo biomédico ha llevado a pensar durante mucho tiempo que las ciencias médicas tenían por objeto diagnosticar y curar, olvidando que la medicina es también tratar de aliviar el sufrimiento y acompañar (Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, 2010).

Hoy sabemos que una comunicación adecuada de malas noticias tiene beneficios tanto para quien las transmite como para quien las recibe, y pese a los pocos estudios que hay para apoyar el uso de protocolos o guías básicas de actuación en esta materia, la mayor parte de los profesionales reconocen que tener unas directrices claras y estar instruidos en ellas ayuda a la comunicación y reduce los niveles de estrés y ansiedad ante este cometido.

Pero si la comunicación de malas noticias en general es un aspecto no abordado con la suficiente profundidad en los planes formativos, aún menos lo es la comunicación telefónica de malas noticias, que suele presentarse como un apartado residual por ser un procedimiento reservado exclusivamente para situaciones excepcionales como la actual pandemia. La comunicación a través del teléfono no es, por norma, el procedimiento de elección, ya que se pierde información que puede ser esencial, dificulta determinar si la reacción de la persona está siendo adaptativa y ha entendido correctamente la información trasladada, la relación es más frágil y las circunstancias como la ausencia de apoyo inmediato pueden desaconsejarla, haciendo, por tanto, esta comunicación menos eficaz que una de carácter presencial. Esto ha llevado a la falta de entrenamiento y formación de los profesionales en esta cuestión y también a la ausencia de trabajos específicos sobre ella.

Tradicionalmente, a la hora de comunicar malas noticias en contextos de crisis y emergencias, donde muchas muertes son inesperadas, se suelen adaptar pautas y protocolos clásicos del ámbito hospitalario. Muchos de estos protocolos tienen su punto de partida en la comunicación progresiva y presencial de una patología con un determinado recorrido temporal, por lo que no suelen tener en cuenta los obstáculos y limitaciones de una comunicación remota de un deceso o un empeoramiento súbito e irreversible del cuadro clínico.

La pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2, ha supuesto grandes desafíos. Uno de ellos ha sido tener que cambiar la manera de comunicarnos, y no solo en nuestro día a día personal, sino también en el plano profesional.

A través de este artículo se han intentado aportar unas recomendaciones específicas básicas que sirvan para aumentar la eficacia y eficiencia de las comunicaciones de malas noticias a través del teléfono en contextos de emergencias como la actual pandemia. Con ello se busca maximizar los beneficios para el receptor (mejor adaptación a la nueva situación y satisfacción con la atención recibida) y para el emisor de las mismas (mayor seguridad y confianza para comunicaciones futuras, reduciendo así el riesgo de burnout).

Financiación

Esta investigación no recibió financiación.

Declaración de disponibilidad de datos

Los datos presentados en este estudio pueden ser solicitados al autor de correspondencia.

Conflicto de interés

El autor declara que no hay conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

- Acinas, M., Alonso, C., Alonso, J., Peláez, J., & Suárez, B. (2019). Comunicación en condiciones difíciles. En Acinas, M. (Ed.), *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario (II). Actuaciones en situaciones de urgencias y emergencias* (pp. 53-101). Jaén, España: Formación Alcalá.
- Alelwani, S. M., & Ahmed, Y. A. (2014). Medical training for communication of bad news: a literature review. *J Edu Health Promot*, 3, 51. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.134737>
- Álvarez Aparicio, A. I. (2020). Comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario en tiempos de COVID-19. La comunicación telefónica. *Revista de Comunicación y Salud*, 10(2), 211-248. [https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10\(2\).211-248](https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10(2).211-248)
- Alves, A. E. (2003) ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? *Revista Argentina de Cardiología*, 71(3), 217- 220.
- Armstrong, J., & Holland, J. (2004). Surviving the stresses of clinical oncology by improving communication. *Oncology*, 18(3), 363-368.
- Arnold, S. J., & Koczwara, B. (2006). Breaking bad news: learning through experience. *Journal of Clinical Oncology*, 24(31), 5098-5100. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.08.6355>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Applications to the patients with cancer. *The Oncologist*, 5, 302-11. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Baile, W. F., Kudelka, A. P., Beale, E. A., Glober, G. A., Myers, E. G., Greisinger, A. J., Bast, R. C., Jr, Goldstein, M. G., Novack, D., & Lenzi, R. (1999). Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of work-shops on breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer*, 86, 887-97.
- Bascuñán, M. (2013). Comunicación de “malas noticias” en salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 685-693. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70208-6](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70208-6)
- Belli, L. F. (2020). Recomendaciones para la comunicación de malas noticias por teléfono durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44:e69. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.69>.
- Bernardo, Y., & Brunet, N. (2010). Comunicación de malas noticias. *Cuadernos de crisis*, 2(9), 48 – 58.
- Bragard, I., Libert, Y., Etienne, A., Merckaert, I., Delvaux, N., Marchal, S.,... Razavi, D. (2010). Insight on Variables Leading to Burnout in Cancer Physicians. *Journal of Cancer Education*, 25, 109-115. <https://doi.org/10.1007/s13187-009-0026-9>.
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news. A guide for health-care professionals*. Londres. The Johns Hopkins University Press.
- Buckman, R. (2000) Communication in palliative care: a practical guide. En: Dickenson D, Johnson M, Katz JS (eds), *Death, Dying and Bereavement*. 2nd edn (pp. 146-173). London: Sage.
- Car, J., Freeman, G. K., Partridge, M. R., & Sheikh, A. (2004). Improving quality and safety of telephone based delivery of care: teaching telephone consultation skills. *Qual Saf Health Care*, 13, 2-3. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2003.009241>
- Cerezo, R. (2012). *Las barreras comunicacionales de la familia y su incidencia en la formación de los adolescentes del cantón Babahoyo, provincia de “los ríos”*. (Tesis doctoral). Universidad Técnica de Babahoyo. Ecuador.
- Collini, A., Parker, H., & Oliver, A. (2021). Training for difficult conversations and breaking bad news over the phone in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 38, 151-154. <http://dx.doi.org/10.1136/emered-2020-210141>
- Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina. (2010). *La comunicación de malas noticias*.
- Cortés, E. (2003). La percepción psicológica del riesgo y el desastre. *Cuadernos de crisis*, 2(1), 31-39.
- Curtis, J.R. (2004). Communicating about end-of-life care with patients and families in the intensive care unit. *Critical Care Clinics*, 20(3), 363-380. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2004.03.001>
- Dias, L., Chabner, B. A., Lynch, T. J., & Penson Jr, R. T. (2003). Breaking bad news: a patient’s perspective. *Oncologist*, 8(6), 587-96. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.8-6-587>.
- Dosanjh, S., Barnes, J., & Bhandari, M. (2001). Barriers to breaking bad news among medical and surgical

- residents. *Med Educ*, 35, 197–205. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2001.00766.x>
- Dubin, W. R., & Sarnoff, J. R. (1986). Sudden unexpected death: intervention with the survivors. *Ann Emerg Med*, 15, 54–7. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(86\)80488-7](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(86)80488-7)
- Edlich, R. F., & Kubler-Ross, E. (1992). On death and dying in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 10(2), 225–9.
- Elearning for Healthcare. (2020). *Discussion of unwelcome news during covid-19 pandemic: a framework for health and social care professionals: NHS e-learning for health*. Recuperado de: <https://portal.e-fh.org.uk/learningcontent/launchfileforguestaccess/611123>
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004) Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363(9405), 312–319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15392-5)
- Fallowfield, L., Saul, J., & Gilligan, B. (2001). Teaching senior nurses how to teach communication skills in oncology. *Cancer Nursing*, 24(3), 185-91.
- Fellowes, D., Wilkinson, S., & Moore, P. (2004). Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub2>
- Fine, R. L. (1991). Personal choices-communication among physicians and patients when confronting critical illness. *Tex Med*, 87(9), 76–82.
- Fujimori, M., Shirai, Y., Asai, M., Kubota, K., Katsumata, N., & Uchitomi, Y. (2014). Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *Journal of clinical oncology*, 32(20), 2166-2172. <http://jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2013.51.2756>
- Garrido Molina, J. M. (2020). Comunicación de malas noticias en el ámbito prehospitalario. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 11(1), 79-85. <https://doi.org/10.20318/recs.2020.4791>
- Gómez, M. (2008). Comunicación de malas noticias. En E. Parada (Eds.), *Psicología y Emergencia* (pp. 293-320). Sevilla, España: Desclée de Brouwer.
- Gómez, R. (2012). El médico frente a la muerte. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(113), 67-82. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000100006>
- Gómez-Batiste, X., Novellas, A., Alburquerque, E., & Schroder, M. (2003). Información y comunicación en enfermos con cáncer avanzado y terminal. *Jano, Medicina y Humanidades*, LXV(1495), 1482-1489.
- Hammond, I., Franche, R. L., Black, D. M., & Gaudette, S. (1999). The radiologist and the patient: breaking bad news. *Can Assoc Radiol J*, 50(4), 233–34.
- Harrahill, M. (2005). Giving Bad News Gracefully. *Journal of Emergency Nursing*, 31(3), 312-314. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2005.01.006>
- Herrera, A., Ríosa, M., Manríquez, J. M., & Rojas, G. (2014). Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Rev Med Chile*, 142(10), 1306-15. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000011>.
- Hobgood, C., Harward, D., Newton, K., & Davis, W. (2005). The educational intervention "GRIEV-ING" improves the death notification skills of residents. *Acad Emerg Med*, 12, 296–301. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.12.008>
- Huremović, D. (2019) Brief History of Pandemics (Pandemics Throughout History). En: Huremović D. (Ed.) *Psychiatry of Pandemics. A mental health response to infection outbreak*, (pp. 7-35). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5_2
- Kaye, P. (1996). *Breaking Bad News: A Ten Step Approach*. EPL Publications, Northampton.
- Kendrick, K. (1997) Sudden death: walking in a moral minefield. *Emergency Nurse*, 5(1), 17–19.
- Kübker-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of loss*. NY: Scribner.
- Landa-Ramírez, E., Domínguez-Vieyra, N., Hernández-Núñez, M., Díaz-Vásquez, L., & Toledano-Toledano, F. (2021). Communicating bad news in the context of COVID-19. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 78(1), 59-65. Epub 24 de marzo de 2021. <https://doi.org/10.24875/bmhim.20000201>
- Landa-Ramírez, E., López-Gómez, A., Jiménez-Escobar, I., & Sánchez-Sosa, J. J. (2018). Comunicación de malas noticias en urgencias médicas: recomendaciones y retos futuros. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*, 55(6), 736-47.
- Leash, R. M. (1996). Death notification: practical

- guidelines for health care professionals. *Critical Care Nursing Quarterly*, 19(1), 21–34. DOI: 10.1097 / 00002727-199605000-00005
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado* (B.O.E). España. 14 de noviembre de 2002.
- Lind, S. E., DelVecchio-Good, M. J., Seidel, S., Csordas, T., & Good, B.J. (1989). Telling the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol*, 7(5), 583-589. <https://doi.org/10.1200/JCO.1989.7.5.583>
- Linehan, M. M. (1980). *Supervision of Behaviour Therapy*. En A.K. Hess (Eds), *Psichoteraphy supervisión, theory, research and practice*. Nueva York: John Wiley y Sons.
- Lomas, D., Timmins, J., Harley, B., & Mates, A. (2004). The Development of Best Practice in Breaking Bad News to Patients. *Nursing Times*, 100(15), 28-30.
- Martín, L., & Muñoz, M. (2009). *Primeros auxilios psicológicos*. Madrid, España: Ed. Síntesis.
- McCulloch, P. (2004). The patient experience of receiving bad news from health professionals. *Prof Nurse*, 19(5), 276-280.
- Monden, K. R, Gentry, L., & Cox, T. R. (2016). Delivering bad news to patients. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 29(1), 101-2. <https://doi.org/10.1080/08998280.2016.11929380>.
- Montés, M., Jiménez, J., & Jiménez, A. (2019). El duelo, estrategias terapéuticas. *Apoyo e intervención en duelo por suicidio. 2ª Edición actualizada. Formación Continuada a Distancia*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Trigésima Octava edición enero-marzo 2019.
- Muñoz, F. A., Fernández, S., Parada, E., Martínez, M. J., & García, A. (2001). Comunicación de malas noticias. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina Barna*, 28(6), 350-356.
- Narayanan, V., Bista, B., & Koshy, C. (2010). "BREAKS" Protocol for Breaking Bad News. *Indian journal of palliative care*, 16(2), 61–65. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.68401>
- Pacheco, T. (2009). El arte de comunicar malas noticias en el ámbito prehospitalario. *Prehospital Emergency Care (Edición Española)*, 2(2), 165-169.
- Pacheco, T., Garrosa, E., López, E., & Robles, J. (2012). *Atención psicosocial en emergencias*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Payás, A. (2017). *Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Editorial Paidós. Barcelona.
- Pérez Sales, P., & Lucena, R. (2000) Duelo: una perspectiva transcultural. Más allá del rito: la construcción social del sentimiento de dolor. *Psiquiatría Pública*, 12(3), 259-271.
- Pettinari, C. J., & Jessop, L. (2001). "Your ears become your eyes": managing the absence of visibility in NHS Direct. *JAN*. 36(5), 668-75. DOI: 10.1046 / j.1365-2648.2001.02031.x
- Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA*, 276(6), 496-502.
- Quill, T. E., & Suchman, A. L. (1993). Uncertainty and control: Learning to live with medicine's limitations. *Humane Medicine*, 9(2), 109-120.
- Rabow, M. W., & McPhee, S. J. (1999). Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med*, 171(4), 260–263.
- Razavi, D., Delvaux, N., Marchal, S., Cock, M., Farvacques, C., & Slachmuylder, J. L. (2000). Testing health care professionals communication skills: the usefulness of highly emotional standardized role-playing sessions with simulators. *Psycho-Oncology*, 9(4), 293-302. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200007/08\)9:4%3C293::aid-pon461%3E3.0.co;2-j](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200007/08)9:4%3C293::aid-pon461%3E3.0.co;2-j)
- Read, S. (2002). Loss and bereavement: a nursing response. *Nursing Standard*, 16(37), 47–53. <https://doi.org/10.7748/ns2002.05.16.37.47.c3202>
- Reid, M., McDowell, J., & Hoskins, R. (2011). Breaking news of death to relatives. *Nursing Times*, 107(5), 12-15.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Robles, J. I., & Medina, J. L. (2002). *Intervención Psicológica en las catástrofes* (pp. 149). Madrid. Síntesis.
- Sarabia, C. M, Ortego, M. C., & Torres, B. (2013). Tema 5: Comunicación y diálogo [Material del aula]. *Desarrollo de habilidades y competencias a través*

del coaching y la inteligencia emocional.

- Shoenberger, J. M., Yeghiazarian, S., Rios, C., & Henderson, S. O. (2013). Death notification in the emergency department: survivors and physicians. *West J Emerg Med*, 14(2), 181-5. <https://doi.org/10.5811/westjem.2012.10.14193>
- Suchman, A. L., Markakis, K., Beckman, H. B., & Frankel, R. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA*, 277(8), 678-682. DOI: 10.1001 / jama.1997.03540320082047
- Taylor, E. (2007). How best to communicate bad news over the telephone. *End of Life Care*, 1(1), 30-7.
- Tesser, A., & Conlee, M. C. (1973). Recipient emotionality as a determinant of the transmission of bad news. *Proc Annu Conv Am Psych Assoc*, 247-248.
- Whippen, D.A., & Canellos, G.P. (1991). Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1000 oncologists. *J Clin Oncol*, 9, 1916-21. <https://doi.org/10.1200/JCO.1991.9.10.1916>
- Wilkinson, S. M., Gambles, M., & Roberts, A. (2002). The essence of cancer care: the impact of training on nurses' ability to communicate effectively. *Journal of Advanced Nursing*, 40(6), 731-8. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02432.x>
- Wright, B. (1996). *Sudden Death: a Research Base for Practice*. 2° ed. Churchill Livingstone, New York.