

Barreras que enfrentan los profesionales de la salud al momento de comunicar malas noticias a los pacientes y a sus familias con enfermedad oncológica avanzada e incurable.

Barriers faced by Healthcare Professionals when communicating bad news to patients and their families with advanced and incurable cancer.

Tatiana Isabel Aya Porto^a, Nathalia Andrea Muñoz Montenegro^b, Stephanie Oliveros Sabalza^c

^a Clínica Colsanitas, Clínica Reina Sofía (Bogotá), Colombia

^b Clínica Colsanitas, Clínica Sebastián de Belacázar (Cali), Colombia

^c Clínica Colsanitas, Clínica Iberoamérica (Barranquilla), Colombia

Resumen

Introducción: La comunicación de malas noticias en oncología avanzada representa un desafío clínico significativo. **Objetivo:** Identificar las barreras percibidas por médicos especialistas al comunicar malas noticias en el contexto de enfermedades oncológicas avanzadas e incurables. **Métodos:** Estudio cualitativo de diseño descriptivo-interpretativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a médicos especialistas en oncología y cuidados paliativos de Bogotá, Cali y Medellín. El análisis de la información se llevó a cabo mediante análisis temático. **Resultados:** Se identificaron cuatro temas centrales: (1) Barreras cognitivas, relacionadas con la insuficiente formación en habilidades comunicativas y primeros auxilios psicológicos, y la ausencia de protocolos estructurados; (2) Barreras emocionales, caracterizadas por tensiones entre autonomía y no maleficencia, y por la necesidad de empatía en el manejo emocional; (3) Barreras socioculturales, asociadas a creencias y nivel educativo de los pacientes, que influyen en la comprensión de la enfermedad; y (4) Barreras metodológicas/procedimentales, vinculadas a limitaciones de tiempo, espacio y dinámicas familiares. **Conclusiones:** La comunicación de malas noticias es un proceso complejo y contextual que trasciende la transmisión de información. Los hallazgos señalan la necesidad de estrategias formativas, apoyo psicológico temprano y ajustes organizacionales que favorezcan una comunicación clínica ética y centrada en el paciente.

Palabras clave: Comunicación en salud; Cuidados paliativos; Cáncer

Abstract

Introduction: Breaking bad news in advanced oncology represents a significant clinical challenge. **Objective:** To identify the barriers perceived by medical specialists when communicating bad news in the context of advanced and incurable oncological diseases. **Methods:** This was a qualitative study with a descriptive-interpretative design. Semi-structured interviews were conducted with specialists in oncology and palliative care in Bogotá, Cali, and Medellín. Data analysis was performed using thematic analysis. **Results:** Four central themes were identified: (1) Cognitive barriers, related to insufficient training in communication skills and psychological first aid, as well as the absence of structured protocols; (2) Emotional barriers, characterized by tensions between autonomy and non-maleficence, and the need for empathy in emotional management; (3) Sociocultural barriers, associated with patients' beliefs and educational levels, which influence disease understanding; and (4) Methodological/procedural barriers, linked to time and space constraints and family dynamics. **Conclusions:** Breaking bad news is a complex and contextual process that transcends the mere transmission of information. These findings highlight the need for educational strategies, early psychological support, and organizational adjustments that foster ethical, patient-centered clinical communication.

Keywords: Health communication, Palliative care, Cancer

Introducción

En la actualidad, se reconoce que proporcionar información clara y honesta sobre el diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento permite al paciente tomar decisiones que reflejen sus valores y objetivos personales (Murugesu L, Heijmans M, Rademakers J, Fransen MP, 2022). Sin embargo, aquellos pacientes que no están debidamente informados enfrentan dificultades significativas para tomar decisiones adecuadas sobre su proceso de vida, lo que limita su capacidad de resolver asuntos familiares, laborales y legales en el contexto de su enfermedad (Magnani J, Mujahid M, Aronow H, Cené C, Dickson V, Havranek E, Morgenstern L, Paasche-Orlow M, Pollak A, Willey J, 2018).

Los profesionales de la salud a menudo se encuentran en situaciones complejas al recibir solicitudes de no informar o al comunicar diagnósticos difíciles. Esta situación puede provocar un conflicto ético, especialmente cuando la familia del paciente solicita ocultar información o cuando el propio paciente presenta alteraciones en su esfera mental que dificultan la comunicación. La entrega de malas noticias, especialmente en casos de cáncer avanzado, genera en el médico un alto nivel de estrés, ansiedad y culpa, debido al temor de afectar las esperanzas del paciente y a la percepción de ineficiencia en su capacidad para curar (M Luz Bascuñán n.d.; María Luz Bascuñán, Arriagada, and Bascuñán 2016).

Estudios han demostrado que la disposición del profesional a escuchar, junto con la claridad en la comunicación sobre el estado del paciente, es fundamental para fomentar la confianza y minimizar las barreras en la comunicación (de los Ángeles Ruiz-Benítez de Lugo Ma Cristina Coca 2008). Por otro lado, la falta de información puede llevar al paciente a experimentar angustia, aislamiento y la sensación de haber sido engañado en un momento crítico de su vida (Herrera et al. 2014).

A nivel conceptual, una mala noticia se define como “aquella que altera drástica y negativamente la perspectiva del paciente o sus familiares en relación con su futuro”, lo que puede llevar a alteraciones emocionales y conductuales persistentes (Herrera et al. 2014). Así, este estudio busca contribuir teóricamente y desarrollar una herramienta que ayude a médicos y otros profesionales de cuidados paliativos en la comunicación de malas noticias en contextos oncológicos complejos.

Este estudio surge a partir de observaciones realizadas en la práctica clínica diaria, donde se evidencia que algunos médicos presentan dificultades al comunicar malas noticias, lo que con frecuencia genera incompreensión por parte de las familias y una percepción negativa hacia el profesional de la salud. En este contexto, el objetivo del estudio es identificar las barreras que perciben los médicos a la hora de comunicar una mala noticia a pacientes o familiares frente a una enfermedad oncológica avanzada e incurable. Tras la revisión de la literatura médica, no se encontraron estudios realizados en Colombia que aborden específicamente la comunicación de malas noticias en el ámbito clínico o asistencial de la salud. Por lo tanto, no existe evidencia relevante que permita caracterizar las prácticas, barreras o estrategias asociadas a la comunicación de malas noticias en el entorno sanitario colombiano.

La comunicación de malas noticias es un proceso complejo y contextual que trasciende la transmisión de información

Métodos

Diseño

El estudio se desarrolló desde un enfoque cualitativo, de tipo fenomenológico, con un alcance comprensivo orientado a interpretar los significados que los profesionales de la medicina atribuyen a su experiencia al comunicar malas noticias. El enfoque comprensivo se fundamentó en la exploración profunda de las vivencias, percepciones y sentidos construidos por los participantes en su práctica clínica, reconociendo el carácter subjetivo y contextual de dichas experiencias.

Participantes

Se contó con la participación de personal médico con experiencia en oncología y cuidados paliativos que atiende a pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados paliativos, hemato-oncología, cirugía oncológica y servicio de urgencias que labora en las Clínicas Colsanitas de las ciudades de Cali, Barranquilla y Bogotá. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo intencional, priorizando médicos con experiencia directa en la atención de pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas e incurables y que hubieran participado activamente en la comunicación de malas noticias.

Instrumento

Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas utilizando una guía de preguntas previamente estandarizada (Anexo 2: Instrumento Entrevista Semiestructurada), la entrevista estuvo a cargo de personal con experiencia en entrevistas y con entrenamiento en la guía.

Análisis estadístico

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas de manera literal, preservando elementos discursivos relevantes. Los textos fueron anonimizados y cargados en el software Atlas.ti para su organización y análisis. El proceso analítico se desarrolló de forma iterativa y reflexiva, en coherencia con el enfoque fenomenológico del estudio.

Se realizó una codificación abierta inicial para identificar unidades de significado a partir de los relatos de los participantes, las cuales se organizaron en categorías analíticas orientadoras (metodológicas, procedimentales, socioculturales y cognoscitivas), manteniendo apertura a la emergencia de nuevas categorías. Posteriormente, se establecieron relaciones entre categorías y subcategorías, lo que permitió construir una interpretación comprensiva de las barreras percibidas por los médicos en la comunicación de malas noticias, superando una descripción meramente temática.

La credibilidad del análisis se fortaleció mediante la triangulación de investigadores de distintas disciplinas y la devolución de los hallazgos a los participantes, contribuyendo a la coherencia y consistencia interpretativa de los resultados.

Consideraciones Éticas

Este trabajo fue calificado como de riesgo mínimo, ya que no se realizaron modificaciones intencionadas de las variables a medir, según la resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud. Antes de iniciar la recolección de datos, se entregó y firmó un consentimiento informado en el que se detallaron los objetivos del estudio, la voluntariedad y la confidencialidad de la información. Los consentimientos informados fueron custodiados en las oficinas de los centros de investigación de las instituciones. De acuerdo con la Ley Habeas Data, se garantiza la seguridad de los datos (bases de datos y entrevistas), los cuales estuvieron bajo custodia exclusiva del equipo investigador.

El acceso a los datos fue limitado únicamente a los investigadores, asegurando la privacidad y el anonimato de los

participantes mediante el uso de códigos alfanuméricos. No se divulgó información sensible que pudiera vulnerar la identidad de los participantes en las publicaciones generadas. Los investigadores declararon no tener conflictos de interés relacionados con el estudio.

Resultados

Características de los participantes

Se incluyeron 11 médicos especialistas que atendieron pacientes en cuidados paliativos para el momento del estudio. La edad de los participantes osciló entre 33 y 53 años (media: 41 años $\pm$ 5.6). La mayoría de los participantes fueron mujeres (64%; n=7), mientras que el 36% (n=4) fueron hombres. En cuanto al nivel educativo, el 82 (n=8) de los médicos poseía una especialización médico-quirúrgica, y el 18% (n=3) contaba con un doctorado. Dentro de la formación profesional, el 36% (n=3) eran hemato-oncólogos, el 45% (n=6) especialistas en dolor y cuidado paliativo, y el 18% (n=2) subespecialistas en cirugía oncológica.

Tras el análisis de las entrevistas, se identificaron cuatro temas relacionados con la percepción de los participantes sobre la comunicación de malas noticias a pacientes y sus familias en el contexto de cuidados paliativos: (1) Aspecto cognitivo, (2) Respuesta emocional, (3) Aspectos socioculturales y (4) Aspectos metodológicos/procedimentales (Figura 1). La descripción de los temas, subtemas y citas textuales de los participantes se encuentra en el Anexo 1.

Tema 1. Aspecto Cognitivo

Los profesionales de la salud expresan preocupación por su falta de control sobre las respuestas emocionales de pacientes y familiares.

Reconocen una carencia de formación en primeros auxilios psicológicos y la necesidad de mejorar sus habilidades para comunicar información asertiva. La gestión de emociones durante la entrega de malas noticias representa un desafío significativo, y la mayoría considera beneficioso recibir formación adicional en esta área crucial de su práctica.

“No, realmente para eso no es que haya un protocolo, un esquema estructurado para hacer ese tipo de información. Yo creo que va en el día a día y uno va buscando la forma para poder dar ese mensaje, que no es para nada agradable muchas veces” (P9).

A pesar de estas preocupaciones, los profesionales no sienten urgencia para delegar la responsabilidad de comunicar malas noticias y reconocen los desafíos que esto implica. La entrega de malas noticias a ciertos grupos, como niños o padres de niños pequeños, genera un mayor malestar emocional debido a su sensibilidad y vulnerabilidad. Algunos han considerado delegar la comunicación en circunstancias particulares, como con niños de la misma edad que sus hijos, pero hasta ahora no lo han encontrado necesario.

“No, hasta ahora no he tenido una situación en la que sienta que no puedo cumplir con la responsabilidad de dar malas noticias y prefiera delegarla a otra persona. No he identificado una circunstancia específica en la que me retiraría de esa responsabilidad.

Aunque me imagino que sería un reto enfrentar una situación en la que esté involucrado un niño de la misma edad que mi hija, creo que estaría dispuesta a enfrentarla cuando sea necesario” (P10).

En general, los profesionales de la salud están constantemente preocupados por manejar las respuestas emocionales de quienes reciben malas noticias. Buscan ayuda cuando lo consideran necesario para abordar la situación ética y compasivamente, a veces posponiendo la comunicación si sienten que no pueden controlar sus propias emociones.

“Sí, considero que es una preocupación natural para cualquier persona. No hemos recibido una formación exhaustiva en primeros auxilios psicológicos, y aunque he investigado sobre el tema en ciertas ocasiones, generalmente la mayoría de las personas no posee estas habilidades. Manejar las emociones abrumadoras en el contexto de dar malas noticias puede ser un desafío, y es algo en lo que uno puede sentirse inseguro, especialmente cuando no se cuenta con la formación que un psicólogo podría tener” (P10).

En la comunicación de malas noticias, los profesionales no siguen un protocolo estructurado específico, sino que se basan en experiencias diarias y se adaptan a cada situación. Reconocen la importancia del apoyo multidisciplinario al enfrentar situaciones difíciles, especialmente al comunicar malas noticias a los pacientes.

“En particular, buscábamos la colaboración de psiquiatría de enlace y psicólogos para abordar aspectos emocionales y de salud mental. En mi formación como hematólogo, siempre pedíamos el apoyo de psiquiatría de enlace en el proceso de hospitalización. Realmente ese apoyo multidisciplinario es importante” (P8).

Tema 2. Respuesta Emocional

En cuanto a la categoría de respuesta emocional, se encontró que, para los médicos, gestionar la información no se reduce a un dilema entre autonomía y beneficencia, sino entre autonomía y no-maleficencia. Tanto el exceso de información no deseada como la omisión de información pueden ser perjudiciales. Es crucial identificar el mundo interno del paciente y considerar la experiencia del médico en este ámbito.

“La verdad, cuando entregamos una información, yo creo que a veces por hacer una cosa se peca en exceso o en defecto; casi siempre se peca en exceso, pero esa parte creo que la he podido controlar” (P9).

Durante las entrevistas, se observó que la dinámica médico-paciente refleja un estilo de socialización que fomenta el control de los sentimientos para evitar conflictos emocionales. Esta represión emocional a menudo sirve como mecanismo de afrontamiento en situaciones que generan malestar emocional, ansiedad y estrés para el médico, subrayando la necesidad de entrenamiento en regulación emocional.

“El cáncer es una enfermedad que no tiene color, no tiene política, no tiene clase, porque le da a todo el mundo. Sin embargo, el impacto, sobre todo en mujeres con hijos relativamente pequeños, te marca. Es decir, bueno, porque así es la vida y hay que continuar. Yo muchas veces me tengo que tragar el sapo, hacer de tripas corazón” (P2).

Otros temores comunes incluyen la preocupación por la reacción del paciente y de la familia y por las emociones propias. La percepción de falta de competencia o el temor a ser culpado durante la entrega de malas noticias constituyen limitaciones significativas que impactan fuertemente la dimensión emocional del profesional de la salud. Reducir este miedo podría mejorar el bienestar emocional, la satisfacción y la competencia del médico al comunicar noticias difíciles. “Dependiendo también del tipo de familias, en ocasiones te puede dar un poquito de miedo, porque hay familias que son difíciles. Tienes que verte seguro, y a veces la inseguridad o el miedo te pueden ganar. Tristeza, porque hay veces que uno hace mucha empatía con ciertas familias y pacientes” (P3).

Se identificaron pilares en la intervención centrada en el paciente que fomentan la sensibilidad emocional y promueven una respuesta adaptativa por parte del mismo.

“La empatía y el respeto por el otro son esenciales. También es crucial ponerse en el lugar del paciente y la familia, buscando una conexión y un nivel de confort, como sentarse a su altura. A veces, escuchar y comprender sus temores y expectativas es más importante que proporcionar una gran cantidad de información” (P10).

Tema 3. Aspectos Socioculturales

En el análisis de la categoría sociocultural, se destaca la importancia del nivel educativo y las creencias culturales de los pacientes en la comprensión de enfermedades oncológicas. En el contexto de cuidados paliativos, los profesionales enfrentan desafíos para abordar el desconocimiento y desmitificar estereotipos asociados.

“Generalmente, las personas tratan de minimizar los problemas; no le dicen cáncer como se debe llamar, sino que dicen ‘tengo una masita’, ‘tengo un tumorcito’. Y ya, cuando uno le cambia a la palabra real, llega el choque emocional o cultural, porque no es lo mismo decir ‘tumorcito’ a decir que una persona tiene cáncer, por todo el impacto psicológico” (P1).

Para abordar estos aspectos, los profesionales adoptan un enfoque que considera múltiples factores, como el tipo de preguntas realizadas, el lenguaje utilizado, la profesión y edad. Esto permite implementar estrategias de comunicación efectivas, reconociendo y respetando las diferencias individuales de cada paciente y su familia.

“Es difícil; la cultura aquí en Barranquilla, donde solo he trabajado en paliativos, me ha parecido bien compleja. Hablando con personas que trabajan en paliativos en Bogotá, veo que allí es mucho más sencillo. No quiere decir que sea fácil, pero pienso que allá la visión es un poco más amplia” (P6).

Es crucial considerar las creencias espirituales o religiosas de los pacientes y sus familias, ya que estas influyen significativamente en su percepción de la salud. La comunicación efectiva debe adaptarse al contexto social y cultural específico del paciente.

“Cuando son católicos, cuando están ligados a Dios, a veces es más fácil para mí que comprendan la mala noticia y asuman el mal pronóstico. Cuando son no practicantes o ateos, siento que es más difícil” (P6).

Tema 4. Aspectos Metodológicos/Procedimentales

Por último, en la categoría metodológica/procedimental, se evidencia que es esencial considerar el derecho del paciente a conocer su estado actual como herramienta para promover su autonomía y respeto. Aunque las familias pueden adoptar una postura protectora solicitando ocultar información, los médicos deben manejar esta situación considerando el nivel de comprensión del paciente, sus creencias y su cultura.

“Creo que los médicos a menudo son formados con la expectativa de que deben ‘salvar’ a sus pacientes y curar enfermedades. Cuando se enfrentan a situaciones en las que la curación ya no es una opción, pueden sentirse frustrados o cuestionar su propósito. Esta concepción histórica de la medicina como salvadora puede llevar a los médicos a generar expectativas exageradas en los pacientes y sus familias, ya que buscan mantener la esperanza y demostrar su valía” (P10).

“El paciente es lo más importante; él es el que debe tomar las decisiones porque es su vida. En esas situaciones familiares, de sobreproteger al momento de manejar la información, se le explica que el paciente tiene derecho a conocer todo si él quiere. Se le pregunta: ‘¿Quiere saber qué es lo que tiene? ¿Quiere saberlo todo o se lo digo a su familia?’” (P1).

Los médicos reconocen haber leído y practicado pasos de protocolos para comunicar malas noticias, adaptándose según su experiencia y el contexto. En general, reconocen el derecho del paciente a conocer su situación, aunque respetan las preferencias familiares de ocultar información inicialmente.

“Toca adaptarse, porque las condiciones ideales que mencionan los protocolos no siempre están. Se necesita privacidad y un ambiente cómodo, y no siempre es así, a veces hay poco espacio, muchos pacientes y poco tiempo. Entonces, toca organizarse y adaptarse a lo que hay” (P1).

La comunicación de malas noticias ocurre en diversos contextos, como consulta externa, hospitalización, urgencias y domicilio. Aunque la limitación de tiempo es común en consulta externa, los profesionales implementan estrategias para asegurar una comunicación de calidad con pacientes y familias, adaptando el enfoque según el contexto particular.

“El lenguaje verbal y no verbal son clave. Como te dije, intento que no sea la primera vez que lo conozco. Uno aprende a ver y conocer qué les molesta, las caras, los gestos y lo otro directo: ¿Qué quieres saber? ¿Te interesa saberlo?” (P6).

Se requiere un enfoque sistémico que articule formación profesional, apoyo emocional, sensibilidad cultural y cambios organizacionales

Discusión

La comunicación de malas noticias en el contexto de la enfermedad oncológica avanzada e incurable constituye uno de los desafíos más complejos de la práctica clínica contemporánea. Los hallazgos de este estudio refuerzan la idea de que la medicina no solo es una ciencia, sino también un arte. Mientras que la formación médica moderna enfatiza los aspectos científicos y tecnológicos, los componentes humanos de la educación médica han sido históricamente subestimados. Este desequilibrio ha generado la necesidad de desarrollar estrategias que fortalezcan la dimensión humana en la práctica médica, promoviendo el pensamiento crítico, la empatía y el uso más integral de los recursos médico-científicos. En este contexto, la narrativa médica surge como un enfoque emergente que hace parte de la intervención entre el profesional de salud y el paciente (Prieto-Agüero 2016).

La comunicación de malas noticias, lejos de ser un procedimiento rígido, presenta múltiples matices y requiere sensibilidad, flexibilidad y autoconocimiento por parte del profesional. Nuestros resultados sugieren que no existe una única manera “correcta” de comunicar malas noticias, sino una diversidad de formas que dependen del contexto, la relación médico-paciente y las necesidades individuales. Esta diversidad puede interpretarse mediante la metáfora del caleidoscopio, en el que cada interacción muestra una configuración singular de factores emocionales, cognitivos y culturales que moldean el proceso de comunicación (José and Salvador 2010).

Los resultados de esta investigación, en consonancia con la literatura internacional, evidencian que las barreras que enfrentan los profesionales de la salud no responden a un único factor aislado, sino a una interacción dinámica entre dimensiones personales, relacionales, organizacionales y socioculturales. Este carácter multifactorial exige un análisis que no solo reconozca la complejidad del fenómeno, sino que la desagregue en sus componentes fundamentales para orientar intervenciones clínicas y formativas más efectivas.

Es importante también avanzar en el marco legislativo para garantizar el acceso a la información como un derecho de los pacientes dado que, en algunos contextos por factores socioculturales se ve limitado (Brito N, Zurita, M, Padrón, L, Pérez, J, 2024), donde la verdad deja de ser universal para ser relativa a la biografía y dignidad del paciente, buscando un equilibrio entre el derecho a saber y el bienestar emocional, como lo menciona Peiró G al referirse al concepto de verdad soportable. [EB1.1]

Por lo que resulta menester transmitir una información de calidad al paciente y su familia, utilizando frases de aviso de que la situación no es positiva, conocido como Warning Shot, debido a que esto podría fomentar la prevención de respuesta y facilitar la adaptación, disminuyendo la posibilidad de poner en peligro su salud física y mental, amortiguando las situaciones traumáticas que pueden arrojar muchísimo dolor[EB2.1]. (RECS 2020., 11(1), 79-85).

Los factores relacionados con el profesional de la salud emergen como un eje central, coincidiendo con diversos estudios en que la verdad tiene método, lo que permite identificar la falta de formación específica en comunicación de malas noticias que constituye una de las principales barreras percibidas. El estudio publicado en Healthcare (Botti, S 2025) pone de manifiesto que una proporción significativa de médicos y profesionales sanitarios carece de entrenamiento formal en modelos y protocolos estructurados de comunicación, lo que se traduce en inseguridad, improvisación y elevada carga emocional durante estos encuentros clínicos. Esta carencia formativa no solo limita la competencia técnica del profesional, sino que impacta directamente en su bienestar emocional, aumentando el riesgo de estrés moral, desgaste profesional y evitación de conversaciones difíciles. Otro aspecto a considerar dentro del proceso comunicativo en un contexto social específico es la alfabetización en salud del paciente y/o familiar, debido a que esto podría limitar el conocimiento, las habilidades y capacidades para establecer canales de comunicación asertivos (Magnani et al, 2018)

A este déficit formativo se suma el impacto emocional que experimentan los profesionales al comunicar un diagnóstico de incurabilidad o un pronóstico desfavorable.

La literatura clásica y contemporánea señala que el temor a provocar sufrimiento, destruir la esperanza o enfrentarse a reacciones emocionales intensas —como llanto, ira o desesperación— conduce, en muchos casos, a estrategias defensivas tales como la comunicación ambigua, la postergación, la minimización de la información o la delegación de la conversación en otros miembros del equipo.

Este fenómeno, descrito en la literatura como el efecto MUM (Mum about Undesirable Messages), refleja la tendencia a evitar la entrega de mensajes negativos debido a la inferencia de la reticencia del receptor y al temor a enfrentar sus reacciones emocionales (Rosen and Tesser 1970). Granek et al. y otros autores describen cómo estas reacciones no resueltas reflejan, en parte, la dificultad del profesional para manejar su propia ansiedad frente a la muerte y los límites de la medicina curativa, especialmente en escenarios de enfermedad avanzada.

Mientras que el efecto MUM (1970) describe la reticencia general a dar malas noticias, los especialistas entrevistados en este estudio revelan una variante específica: La represión emocional como mecanismo de supervivencia profesional. El testimonio de ‘tragarse el sapo’ sugiere que en el contexto oncológico colombiano, la evitación no es solo por el receptor, sino por una falta de espacios de descarga para el propio médico, por lo que las diferencias culturales pueden influir en la percepción y la reacción ante las malas noticias, lo que hace esencial que los comunicadores sean culturalmente sensibles y respetuosos en sus enfoques. Uno de los grandes desafíos que se pudieron evidenciar en los resultados de nuestro estudio es la sensibilidad cultural, que aparece en el proceso comunicativo como un microsistema que porta significados culturales, gestos, palabras, actitudes, afectos y tonalidades verbales.

En segundo lugar, las barreras vinculadas al paciente y su familia revelan una dimensión relacional igualmente compleja. Los estudios analizados coinciden en que las necesidades informativas y emocionales de los pacientes con cáncer avanzado son heterogéneas y dinámicas.

Mientras algunos pacientes desean recibir información completa y detallada sobre su pronóstico, otros prefieren una comunicación más gradual o delegar la recepción de información en sus familiares. La falta de una evaluación sistemática de estas preferencias puede generar discordancia entre lo que el profesional comunica y lo que el paciente está preparado para recibir, incrementando el sufrimiento psicológico y deteriorando la relación terapéutica.

Asimismo, los factores socioculturales desempeñan un papel determinante. La ‘conspiración del silencio’ mencionada por Costantini (2009) adquiere un matiz geográfico en nuestros hallazgos. La percepción de que en Barranquilla el proceso es ‘bien complejo’ frente a la ‘visión un poco más amplia’ de Bogotá, sugiere que las estrategias de comunicación en Colombia no pueden ser estandarizadas, sino que deben adaptarse a las idiosincrasias regionales del paciente.

En tercer lugar, los factores organizacionales y del sistema sanitario configuran un entorno que raramente favorece una comunicación adecuada de malas noticias. Los hallazgos de 42 artículos indican que la sobrecarga asistencial, la escasez de tiempo, la falta de espacios físicos apropiados y la inexistencia de protocolos institucionales específicos limitan la posibilidad de sostener conversaciones profundas, empáticas y centradas en el paciente, (Daniella HH, 2025).

Desde una perspectiva integradora, los hallazgos de esta investigación refuerzan la necesidad de incorporar de manera explícita los principios de la primera ayuda psicológica dentro del proceso de comunicación de malas noticias, porque en cuidados paliativos comunicar es intervención.

El modelo conceptual de los factores facilitadores para dar malas noticias demuestran una forma única de analizar la dinámica comunicativa en torno a la revelación de la verdad, más allá de la transmisión de información clínica, el primer encuentro aporta un marco operativo que permite al profesional: (1) Reconocer y validar las reacciones emocionales inmediatas del paciente y su familia, (2) Ofrecer contención emocional y sensación de seguridad, (3) Facilitar la comprensión progresiva de la información y (4) Promover estrategias iniciales de afrontamiento. De este modo, la comunicación deja de ser un acto meramente informativo para convertirse en una intervención terapéutica en sí misma. (Miller EM 2022).

La integración de estos elementos resulta particularmente relevante en el contexto de la enfermedad oncológica avanzada e incurable, donde la comunicación de malas noticias no es un evento único, sino un proceso continuo que acompaña la evolución de la enfermedad.

En este sentido, la evidencia sugiere que los programas de formación que combinan habilidades comunicativas estructuradas, entrenamiento en manejo emocional y principios de apoyo psicológico temprano pueden mejorar tanto la experiencia del paciente y su familia como el bienestar del profesional.

En conjunto, los resultados de esta investigación confirman que las barreras en la comunicación de malas noticias en oncología avanzada no pueden abordarse de manera fragmentada.

Se requiere un enfoque sistémico que articule formación profesional, apoyo emocional, sensibilidad cultural y cambios organizacionales. Avanzar en esta dirección permitirá reducir el impacto negativo de estas conversaciones y fortalecer la calidad del cuidado, la toma de decisiones compartida y la dignidad del paciente en las etapas finales de la enfermedad.

Futuras investigaciones podrían explorar con mayor profundidad los efectos de la comunicación de malas noticias en la experiencia del paciente y su familia, así como evaluar estrategias específicas para mejorar la capacitación de los profesionales de la salud en este ámbito.

Conclusiones

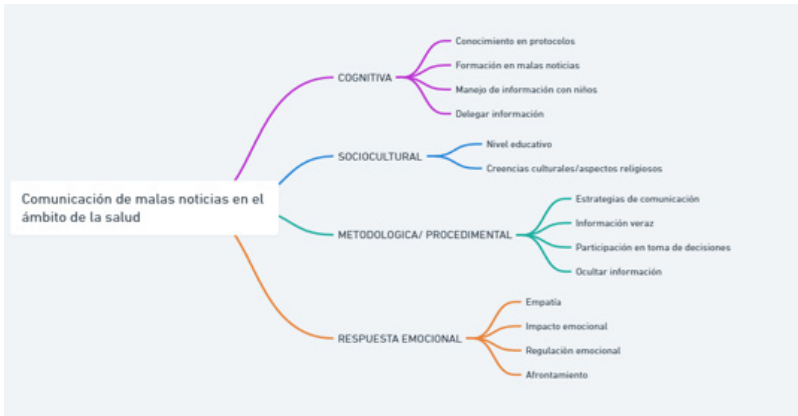
En conclusión, las barreras enfrentadas por los profesionales de la salud al comunicar malas noticias en el contexto de enfermedades oncológicas avanzadas son profundamente multifactoriales. Si bien es posible anticipar y prepararse con base en factores como el diagnóstico, el pronóstico, y el nivel educativo del paciente, junto con su entorno familiar y social, existen elementos impredecibles y difíciles de controlar. Entre estos destacan las respuestas emocionales de los pacientes, las limitaciones de infraestructura y el tiempo disponible para abordar estas delicadas situaciones.

Esta complejidad comunicativa exige un equilibrio entre el manejo técnico-científico del lenguaje y una interacción compasiva y humanizada. El profesional de la salud, como emisor, debe adaptarse al contexto social, cultural y familiar único del paciente, entendiendo que cada experiencia es irrepetible. Aunque las guías y protocolos generales ofrecen una base valiosa, las realidades individuales a menudo superan el marco teórico. Este panorama subraya la necesidad de enfoques flexibles y empáticos que respondan a los retos de la práctica clínica real.

Este estudio trasciende la identificación de barreras individuales al demostrar que la comunicación de malas noticias en Colombia está mediada por una triangulación de tensiones: la precariedad del tiempo institucional, la resistencia cultural al lenguaje oncológico y el desamparo emocional del especialista.

El aporte específico de este trabajo radica en visibilizar que, a pesar de contar con una alta especialización técnica (incluyendo doctorados y subespecialidades), el sistema de salud no ha provisto las herramientas metodológicas para humanizar el desenlace clínico. Se concluye que la comunicación debe dejar de ser vista como una ‘habilidad blanda’ opcional y ser integrada como una competencia clínica obligatoria y protegida contractualmente.

Figura 1. Organización de temas y subtemas identificados



Fuente: Elaboración propia

Contribuciones de los autores

TIA: Administración del proyecto, conceptualización, supervisión, revisión y edición, metodología, curación de datos, redacción del borrador original.

NMM: Conceptualización, curación de datos, metodología, revisión y edición, investigación, redacción del borrador original.

SOS: Conceptualización, curación de datos, metodología, revisión y edición, investigación, redacción del borrador original.

Todos los autores participaron igualmente en la elaboración del manuscrito y aprobaron la versión final presentada.

Financiación

Esta investigación no recibió financiación.

Declaración de disponibilidad de datos

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

Agradecimientos

Agradecemos profundamente a nuestras mentoras Marcela Erazo-Muñoz y Claudia Cañadas-Aragón, por su guía generosa y su liderazgo inspirador, por ser la brújula que nos iluminaba el camino y daba dirección a cada paso de este proceso y a todos aquellos que, de una u otra forma, hicieron parte de este camino, nuestra gratitud sincera por recordarnos que detrás de cada logro, siempre hay amor sosteniéndolo.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Referencias

- Barbero, J. (2006). El derecho del paciente a la información: El arte de comunicar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(Supl. 3), 19–27. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600003
- Bascuñán, M. L. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista Médica de Chile*, 133(1), 11–16. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872005000100002>
- Bascuñán, M. L., & Arriagada, A. M. (2016). Comunicación de errores médicos a pacientes y familiares: Interrogantes y herramientas. *Revista Médica de Chile*, 144(9), 1185–1190. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000900013>
- Botti, S., Conte, L., Cioce, M., Orlando, L., Tamagnini, E., Cannici, C., Capuano, A., De Cecco, V., Panzanaro, L., Serra, N., De Nunzio, G., Lupo, R., & Vitale, E. (2026). Healthcare professionals describe difficulties encountered when breaking bad news to oncology patients: An Italian observational study. *Nursing Reports*, 16(1), 38–51. <https://doi.org/10.3390/nursrep16010004>
- Brito Guerrero, N. del R., Zurita Soria, M. M., Padrón Fernández, L., & Pérez Reyes, J. E. (2024). Comunicación asertiva de malas noticias a pacientes y familiares de cuidados paliativos. *Qualitas Revista Científica*, 28(28), 121–150. <https://doi.org/10.55867/qual28.08>
- Costantini, A., Baile, W. F., Lenzi, R., Costantini, M., Ziparo, V., Marchetti, P., & Grassi, L. (2009). Overcoming cultural barriers to giving bad news: Feasibility of training to promote truth-telling to cancer patients. *Journal of Cancer Education*, 24(3), 180–185. <https://doi.org/10.1080/08858190902876262>

- Daniella, H. H., Silvia, G., Isabel, H., & Mala, M. (2025). The information and communication needs of patients with advanced incurable cancer: A rapid review. *Patient Education and Counseling*, 131, Artículo 108559. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108559>
- De los Ángeles Ruiz-Benítez de Lugo, M., & Coca, M. C. (2008). La conspiración del silencio en las familias del paciente oncológico terminal. *Medicina Paliativa*, 15(2), 104–109. <https://doaj.org/article/8db3951ccc43443eb6a01f90a31944fe>
- Herrera, A., Ríos, M., Manríquez, J. M., & Rojas, G. (2014). Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1306–1315. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000011>
- José, J., & Rodríguez, S. (2010). Comunicación clínica: Cómo dar malas noticias. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(3), 478–482. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70561-1](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70561-1)
- Magnani, J. W., Mujahid, M. S., Aronow, H. D., Cené, C. W., Dickson, V. V., Havranek, E., Morgenstern, L. B., Paasche-Orlow, M. K., Pollak, A., & Willey, J. Z. (2018). Health literacy and cardiovascular disease: Fundamental relevance to primary and secondary prevention: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 138(2), e48–e74. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000579>
- Miller, E. M., Porter, J. E., & Barbagallo, M. S. (2022). The experiences of health professionals, patients, and families with truth disclosure when breaking bad news in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Palliative and Supportive Care*, 20(3), 433–444. <https://doi.org/10.1017/S1478951521001243>
- Molina, J. M. G. (2020). Comunicación de malas noticias en el ámbito prehospitalario. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 11(1), 121–125. <https://doi.org/10.20318/recs.2020.4791>
- Murugesu, L., Heijmans, M., Rademakers, J., & Fransen, M. P. (2022). Challenges and solutions in communication with patients with low health literacy: Perspectives of healthcare providers. *PLOS ONE*, 17(5), e0267782. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267782>
- Prieto-Agüero, O. (2016). Comunicación sanitaria del profesional enfermero en mujeres con cáncer de mama. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 7(1), 108–117. <https://doi.org/10.20318/recs.2016.3159>
- Rosen, S., & Tesser, A. (1970). On reluctance to communicate undesirable information: The MUM effect. *Sociometry*, 33(3), 253–263. <https://doi.org/10.2307/2786387>
- Sánchez, P. T., Sirera, R., Sánchez, J. M., & Camps, C. (2012). Comunicación y psicobioquímica. *Cuadernos Monográficos de Psicobioquímica*, 1, 13–23.
- Welch, T. J., & Harrison, S. L. (2016). Teaching medicine through the study of literature: Implementing a fourth-year distance learning elective. *Academic Medicine*, 91(3), 360–364. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001030>