



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
I. S. S. S. T. E.

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. IGNACIO CHÁVEZ"

FACTORES QUE INFLUYEN PARA COMUNICAR MALAS NOTICIAS EN EL MÉDICO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. DANIEL GUILLEN VIDAL.



REGISTRO 346.2006

MÉXICO D. F., FEBRERO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**“FACTORES QUE INFLUYEN PARA COMUNICAR MALAS
NOTICIAS EN EL MÉDICO DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
*MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.***

**AUTORIZACIONES.
ASESOR DE INVESTIGACION:**

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**“FACTORES QUE INFLUYEN PARA COMUNICAR MALAS
NOTICIAS EN EL MEDICO DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
*MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.***

**AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR**

DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.
I. S. S. S. T. E.**

**“FACTORES QUE INFLUYEN PARA COMUNICAR MALAS
NOTICIAS EN EL MÉDICO DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
*MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.***

**AUTORIDADES
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”
I.S.S.S.T.E.**

**DR. DAVID ESCOBEDO HERRERA
DIRECTOR.**

**DR. LUIS ALBERTO BLANCO LOYOLA
COORD. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

**DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
PROFESORA TITULAR
DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR.**

AGRADECIMIENTOS:

A mis Padres, Jorge y Elisa, por que con sus grandes esfuerzos y su lucha constante, me enseñaron que el trabajo es el camino para conseguir mis objetivos, por todo su amor, por su apoyo, por que me dieron siempre más de lo que necesite, infinitas gracias.

A mis hermanos, por que siempre han estado conmigo en todo momento, por que a pesar de la adversidad, han sido tolerantes con mi forma de ser, de pensar y de actuar, este logro académico también es para y de ustedes.

A mis sobrinos, como un testimonio de mi cariño, pido a Dios ilumine sus caminos. Los amo.

De manera especial quiero agradecer al Dr. I. Hernández, por su valiosa asesoría y el tiempo que me brindo para la realización de este trabajo, a la Dra. C. Monroy, por toda la asistencia académica y la experiencia transmitida, al Dr. L. Blanco por el apoyo incondicional que ofrece desinteresadamente todos, a mis maestros, a la CMF Dr. I. Chávez y a mis compañeros residentes.

INDICE.

Sección

- 1 Marco Teórico
 - 1.1 Antecedentes
 - 1.2 Definición de Malas Noticias
 - 1.3 Definición de comunicación
 - 1.3.1 La Imposibilidad de no comunicar.
 - 1.3.2 Los niveles de contenido y las relaciones de comunicación
 - 1.3.3 La puntuación de la secuencia de hechos.
 - 1.3.4 Comunicación digital y analógica
 - 1.3.5 Interacción simétrica y complementaria
 - 1.4 Motivos para informar
 - 1.5 ¿Como Comunicar Malas Noticias?
 - 1.5.1 Comienzo
 - 1.5.2 Averigüé cuánto sabe el paciente
 - 1.5.3 Averigüe cuánto el paciente quiere saber
 - 1.5.4 Comparta la información
 - 1.5.5 Identifique y Respete los sentimientos del paciente
 - 1.5.6 Planee el seguimiento futuro
- 2 Planteamiento del problema
 - 2.1 Justificación
 - 2.2 objetivos
 - 2.2.1 Objetivo General
 - 2.2.2 Objetivos específicos
- 3 Metodología
 - 3.1 Tipo de estudio
 - 3.2 Población
 - 3.3 Lugar
 - 3.4 Tiempo
 - 3.5 Tipo de Muestra
 - 3.6 Método para recabar la información
 - 3.7 Criterios de selección
 - 3.7.1 Inclusión
 - 3.7.2 Exclusión
 - 3.7.3 Eliminación
 - 3.8 Definición de variables
 - 3.9 Instrumento de medición
 - 3.10. Consideraciones éticas
 - 3.11 Consideraciones legales

Sección	
4	Resultados
4.1	Descripción de la muestra
4.1.1	Sexo
4.1.2	Edad
4.2	Años de práctica profesional
4.3	Categoría de Médico
4.4	Problemas de salud
4.5	Factores que influyen en la comunicación
4.6	Elementos que favorecen la comunicación
4.7	Elementos que dificultan la comunicación
5	Discusión
6	Conclusiones
7	Bibliografía
8	Anexos

RESUMEN.

Objetivos: Identificar y analizar las dificultades que tiene el médico del primer nivel de atención, para comunicar malas noticias.

Diseño: Estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional.

Material y Métodos: Es un estudio cualitativo se aplicó un cuestionario a médicos adscritos al primer nivel de atención, de forma voluntaria, empleando la técnica de incidente crítico que consiste en obtener información referente al relato donde se comunicó una mala noticia, en dos unidades médicas del ISSSTE.

Resultados: Se recabaron 65 reportes en total, se eliminaron 4 por respuestas inadecuadas e inconclusas, se describen las dificultades de los médicos para comunicar malas noticias, La información se agrupó en cuatro grupos, 1. Datos sociodemográficos del médico, 2. problemas de salud detectados como las patologías frecuentemente asociadas. 3. factores que influyen en la comunicación y 4. Elementos que favorecen o dificultan la comunicación.

Conclusiones: El trabajo de investigación tiene límites por el tipo y tamaño de la muestra empleada, no representa la población de médicos adscritos al primer nivel de atención, por lo que no se generalizan los resultados, sin embargo puede considerarse un acercamiento al fenómeno de la comunicación de malas noticias, el estudio cumplió con los objetivos, al identificar y analizar las dificultades que tiene el médico para comunicar malas noticias, identificó los problemas de salud más frecuentemente asociados y se identificaron los elementos que influyen para favorecer o dificultar la comunicación de las malas noticias en este grupo de médicos.

Palabras Claves: Comunicación, malas noticias, Médicos, primer nivel de atención.

ABSTRACT.

Objectives: To identify and analyze the difficulties that the primary care physician has to communicate bad news.

Design: Descriptive, , prospective,, cross-sectional, observational study.

Material and Methods: It is Qualitative study in which a questionnaire was given to primary care physicians who participated voluntarily. It was used the critical incident technique, which means to get information related to the event when a bad new was communicated. It was carried out in two health centers of the ISSSTE.

Results: 65 reports were collected in total, 4 answers were discarded because they were inappropriate or incomplete. The difficulties for the physicians to communicate bad news were described. The information was classified into four groups: 1. physician's social- demographic information, 2. Health problems detected as pathologies commonly associated, 3. factors that influence the communication and 4. Elements which help or make it difficult to communicate bad news for this physician team.

Conclusions: This research project had limits due to the type and size of the sample which was not representative of the complete primary care physician population therefore the results can not be generalized. However it provides an insight of the phenomena of bad news communication. The aims of the project were achieved, the health problems commonly associated were identified so the elements which influence the communication of bad news in this medical team.

Key words: Communication, bad news, physician, primary care.

1. MARCO TEÓRICO.

1.1 Antecedentes.

La relación entre el médico, el paciente y la familia tiene una enorme influencia sobre el proceso de salud-enfermedad.^{1, 3} los procesos de comunicación tanto verbal como no verbal, condicionan la calidad de esas relaciones.³

Con mucha frecuencia los médicos se encuentran en la situación de comunicar malas noticias, la falta de información en áreas de la comunicación, en general hace que dar malas noticias genere ansiedad e inseguridad en los médicos. Ser poco hábiles comunicando malas noticias puede generar un sufrimiento añadido innecesario en la persona que recibe la mala noticia y un deterioro en la relación médico-paciente^{2, 3, 4, 6}.

Saber manejar la comunicación de las malas noticias puede disminuir el impacto emocional en el momento de ser informado, permitiendo ir asimilando la nueva realidad poco a poco y fortalece la relación médico-paciente. Exponer a los pacientes las malas noticias es uno de los deberes más difíciles que un médico enfrenta y aún más cuando en su formación no se ofrece un entrenamiento suficiente para esta tarea^{1, 2}.

A través de este trabajo se pretende inicialmente crear un espacio de reflexión sobre que son las malas noticias, evaluar el proceso en el que se comunican las malas noticias y plantear la necesidad de un seguimiento posterior a la información proporcionando educación y promoción a la salud en lo que concierne al manejo de las enfermedades, y apoyo emocional cuando se trate de enfermedades con mal pronóstico.

1.2 Definición de Malas Noticias.

Según Judéz, "Malas noticias, son todas aquellas noticias que por su trascendencia condicionan el modo de vivir del paciente, porque cambian las expectativas y los objetivos vitales de quien las recibe" ⁸.

Es difícil buscar una definición que refleje todas las situaciones que puedan implicar malas noticias ¹. Generalmente, los médicos tienden a dar importancia a lo que es importante para ellos y no dársela a lo que considera banal. Pero, parece lógico, que quien debe decidir si es o no una mala noticia debe ser la persona sobre quien recae el problema, la persona a la que afecta esa información ^{1, 2, 4, 6}.

Este argumento lleno de sentido común en el terreno de lo teórico es frecuentemente olvidado en la práctica médica diaria. Por lo que se considera que la categoría de malas noticias debe ser otorgada fundamentalmente por quien la sufre ¹.

El diagnóstico de una enfermedad crónica, por ejemplo diabetes mellitus, afecta todas las esferas de la vida del paciente, sus hábitos alimenticios, relación interpersonal e incluso puede afectar su situación laboral ¹. Por tanto, decir a un paciente "tiene diabetes mellitus", es una mala noticia porque le obliga a cambiar determinados aspectos cotidianos de su vida y le reditúa socialmente como "enfermo".

Hay enfermedades progresivamente incapacitantes, sin pronóstico de curación, como son las enfermedades degenerativas, psicopatologías progresivamente destructivas, que van a ensombrecer el futuro del paciente y/o su entorno; por ejemplo "la enfermedad de Alzheimer"¹.

Por lo que las malas noticias, son aquellas que relacionamos con un pronóstico vital corto o desfavorable para la vida o la función, generalmente son situaciones con gran carga emocional, que afecta a los pacientes, en su funcionalidad familiar, en su entorno y también a los profesionales de la salud. ^{7, 14.}

En cualquier caso, teniendo en cuenta la gran diversidad de situaciones que se han descrito y muchas más que se pueden imaginar, concluimos que mala noticia, es aquella que afecta negativamente las expectativas de los pacientes, bien por ser directamente ellos los afectados, o por el tipo de enfermedad o bien por ser alguien cercano a su entorno los afectados, por ejemplo padres de un joven fallecido de forma inesperada y a quienes tenemos que informar el suceso. ^{2, 4}

Siguiendo con el amplio espectro de situaciones que hemos considerado al definir como una mala noticia, es fácil concluir que la duda de informar o no se produce solamente en el caso de las enfermedades con repercusión en el tiempo de vida.

8

Según la psiquiatra Kubler-Ross, experta en el proceso del final de la vida, los profesionales de la salud se distancian de sus pacientes moribundos por su propio miedo a morir y para protegerse de la frustración y de la impotencia. De esta manera el verdadero fantasma, el terror de los moribundos por encima del dolor y de la propia muerte, es la soledad.

Los Médicos no dudan de informar de un diagnóstico nuevo de Hipertensión arterial o diabetes mellitus, porque de ello se derivarán una serie de medidas de auto cuidado, cambio de hábitos del estilo de vida y/o tratamientos farmacológicos que ayudarán al enfermo a vivir mejor con su enfermedad, a lentificar la progresión del proceso patológico y a disminuir las posibles repercusiones que la enfermedad puede producir. ^{2.}

Para Anrranz ⁶, el médico “tiene una gran responsabilidad en la forma de comunicar malas noticias y ésta puede ser tremendamente beneficiosa en la evolución del diagnóstico y en su tratamiento posterior. Así pues, con enfermedades crónicas informamos y ofrecemos atención posterior a la información del diagnóstico, en algunos casos el seguimiento está perfectamente organizado en protocolos y cada profesional sabe qué tareas debe realizar.

Como se menciona anteriormente, las malas noticias afecta a quien las recibe a su entorno y también a la persona que las comunica ⁶. Por lo que tampoco debe dudarse el informar el diagnóstico a una persona VIH positivo, aunque en este caso el seguimiento posterior se ofrece en función a la habilidad de la comunicación por ser enfermedades estigmatizadas con gran carga emocional que alteran la dinámica y la funcionalidad familiar.^{2,6,7.}

Para dar una mala noticia se debe tener claro que se trata de un proceso sistematizado ². En el caso de las enfermedades crónicas con mal pronóstico vital, surge la duda de informar ⁸. El entorno del paciente, que hasta ahora no se había definido en este aspecto, quien decide y, en muchas ocasiones, se proclama propietario de la información para hacer con ella lo que, según su bien intencionado entender, es decir el médico es generalmente, quien hará lo que más beneficie al paciente ¹.

Es curioso que, según estudios realizados en España en la década de los 80-90, al preguntar a las personas si desearían que sus familiares fuesen informados en caso de padecer cáncer, el 40% de ellas contestaba que no lo quería y al preguntar lo mismo a esas personas que ya tienen un familiar enfermo de cáncer el porcentaje se eleva al 73%². Es decir, cuando la enfermedad en el familiar es una realidad y no una hipótesis es cuando no se desea que sean informados ¹.

Para Marcos Gómez Sancho, 1996.²⁸ "La verdad es el antídoto del miedo. La verdad es un potente agente terapéutico. La verdad libera. La verdad nos hace libres y autónomos. Lo terrible y conocido es mucho mejor que lo terrible y desconocido."

Es importante conocer las consideraciones al respecto, que existen y que permiten ampliar el horizonte y la comprensión del problema de comunicación al proporcionar información al paciente con una patología indeterminada.

El cuestionamiento de si se debe o no brindar información necesaria y/o completa del diagnóstico al paciente, se considera un problema cultural, social y ético 12, 13, 20, 21, 29.

1.3 Definición de comunicación.

En la comunicación entre seres humanos intervienen procesos complejos que interactúan en diferentes niveles de manera simultánea, la comunicación es posible ya que vivimos inmersos en lenguaje, es más, se puede afirmar que podemos interactuar por que somos lenguaje, (Wittgenstein, 1974). El papel de la comunicación debe ir mucho más allá de recolectar o transmitir información biomédica, pues resulta de mayor utilidad una comunicación que sobrepase la función técnica médica, que además, el paciente estimará de forma especial; algunos reportes muestran que la comunicación y el sentido humanista del médico son cualidades altamente valoradas por el paciente ²⁵.

Candib, señala que la comunicación es un proceso de integración social a través del cuál se conocen e intercambian experiencias ideas, sentimientos, creencias, etc. y que este proceso es el medio utilizado para modificar la conducta y la voluntad de las personas.

En su Libro *Medicine and the family*, Candib, señala que la investigación en la enseñanza y erudición siempre se ha centrado en la comunicación como un conjunto de habilidades y no en una manera de ser respecto a lo que hace que una entrevista médica sea efectiva. Puede que haya una diferencia entre el proceso de comunicación eficaz con un paciente versus tener habilidades de comunicación. ³

Lograr comunicarse no siempre es fácil, pues frecuentemente es necesario salvar numerosas barreras de tipo semántica, físico, fisiológico, psicológico y administrativo, La teoría general de la comunicación implica el concepto de proceso, definiendo como proceso a cualquier fenómeno que presente una continua modificación a través del tiempo, y se deben considerar los acontecimientos y las relaciones como dinámicas, eternamente cambiantes y continuas ²⁶.

Morris sugiere que el estudio de la comunicación humana, se subdivide en tres áreas, que son; La sintáctica, la semántica y la pragmática, que permitan el adecuado entendimiento de la semiótica.

La sintáctica, abarca los problemas relativos a transmitir información, y por ende, constituye el campo fundamental del teórico de la información, cuyo interés se refiere a los problemas de codificación, canales, capacidad, ruido, redundancia y otras propiedades estadísticas del lenguaje.

En la semántica, la preocupación central es el significado de la comunicación, si bien es posible transmitir una serie de símbolos con corrección, por lo que toda información transmitida presupone una comunicación semántica.

La comunicación pragmática, es el nivel íntegramente social pues esta basado en la interacción, sea cual sea el grado de desarrollo alcanzado en la comunicación, si esta cumple o no su propósito que es el objeto de estudio.

Paul Watzlawick, y colaboradores describen un elemento importante en la comunicación pragmática, que se refiere a los significados de la comunicación, continuación se enumeran los axiomas exploratorios de la comunicación, que reunió al grupo de expertos en Palo Alto California, con el objetivo de tener parámetros claros para analizar la comunicación, y determinar la funcionalidad o disfuncionalidad entre el emisor y el receptor²⁶.

1.3.1 La Imposibilidad De No Comunicar.

Cualquier conducta es comunicación, por lo que no es posible no comunicarse.
²⁷ Es evidente que una vez que se acepta que toda conducta es comunicación ya que no se maneja una unidad-monofásica, sino más bien un conjunto fluido y multifacético de muchos modos de conducta –verbal, tonal, postural, contextual, etc.- todos los cuáles limitan el significado de los otros.

Los diversos elementos de este conjunto son susceptibles de permutaciones muy variadas y complejas que van desde lo congruente, hasta lo incongruente y lo paradójico.²⁶

Si bien se acepta que toda conducta en una situación e interacción tienen un valor de mensaje: influye sobre los demás, quienes además, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y por ende, también comunican, de esta manera debe entenderse claramente que la mera ausencia de palabras o de atención mutua no constituye una excepción a lo que acabamos de afirmar. Tampoco podemos decir que la comunicación solo tiene lugar cuando es intencional, conciente o eficaz, esto es, cuando se logra un entendimiento mutuo²⁸

1.3.2 Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación.

La comunicación posee un nivel de contenido y otro de relación, por un lado, el aspecto de contenido se refiere, al mensaje que se comunica y el nivel de relación a la relación que se establece entre los comunicantes al enviarse el mensaje.²⁶ Las interacciones comunicativas determinan el tipo de relación que establece entre esas personas.²⁷

La comunicación no solo transmite información, sino que al mismo tiempo impone conductas, es decir toda comunicación implica un compromiso, estos compromisos se conocen como aspectos referenciales (contenido) y conativos (de relación entre personas) de la comunicación.²⁸

1.3.3 La Puntuación De La Secuencia De Hechos.

Se refiere a la interacción y a él intercambio de mensaje entre los comunicantes²⁷.

La comunicación consta de una secuencia interrumpida de intercambios. a esto se le llama también, la puntuación en secuencia de los hechos en la que cada emisor sabe lo que ha dicho pero es muy probable que no tenga una visión global de la secuencia que se dio al contestará al otro y al hablar de nuevo él emisor.²⁸

No se trata de determinar si la puntuación de la secuencia comunicacional es, en general, buena o mala, pues resulta evidente que la puntuación organiza los hechos de la conducta y, por ende, resulta vital para las interacciones en marcha.²⁶

1.3.4 Comunicación Digital Y Analógica.

Tinbergen, Lorenz y Batenson, han demostrado que las vocalizaciones, los movimientos intencionales y los signos de estado de ánimo, constituyen comunicaciones analógicas, que definen las relaciones comunicacionales entre los seres humanos, cabe suponer que el aspecto relativo al contenido se transmite, en forma digital, mientras que el aspecto relativo a la relación es de naturaleza predominantemente analógica.²⁶

El mensaje digital es lo que de hecho se dice y puede ser transcrito textualmente, el mensaje analógico, es el conjunto de gestos, posturas, y ademanes que le otorgan significado al mensaje digital, pueden ser congruentes o incongruentes.²⁷

En la comunicación humana las palabras son signos que todo el mundo entiende, pues existe una convención semántica, la importancia de la comunicación analógica radica en las interpretaciones que le dan las personas receptoras al mensaje transmitido²⁸

1.3.5 Interacción Simétrica Y Complementaria.

En 1935, Bateson ²⁶, describió un proceso de diferenciación en las normas de conducta individual resultante de la interacción acumulativa entre los individuos.

La interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, es un intercambio entre iguales; compañeros, esposos, amigos etc. Mientras que la interacción complementaria esta basada en un máximo de diferencia padre-hijo, madre e hijo, jefe-subordinado, maestro-alumno²⁷

Si se estima a la comunicación clínica, como uno de los pilares de la Medicina Familiar resulta innegable que tanto autoridades de instituciones de salud y educativas, así como profesores a cargo de la formación del médico, encontrarán estrategias adecuadas para mejorar la educación del médico familiar en el proceso de la comunicación medico paciente ^{2,22,32}.

La enseñanza de la comunicación para médicos basada en las habilidades, se refiere que marca diferencias y que puede mejorar la calidad de las interacciones entre que tienen los médicos con los pacientes. ³

Para Hamui, La investigación Cualitativa, es un tipo de conceptualización cuya preocupación básica es la comprensión del mundo desde el punto de vista del actor social, su objetivo es interiorizar en individuos grupos o comunidades para poder describir detalladamente las características de los actores ideas, experiencias, actitudes y percepciones. ¹⁹

El uso de métodos y técnicas cualitativas han recibido muchas críticas, centradas fundamentalmente en su falta de objetividad, imposibilidad de reproducción de resultados y su escasa validez, en paralelo a estas críticas el uso de estos métodos se sitúa en posición de inferioridad y de una falta casi completa de reconocimiento ³³

Los Métodos de investigación cuantitativos, basados en la medición de hechos, estudian la frecuencia de las enfermedades y su causalidad y han dominado desde siempre la investigación en todas las ramas de la medicina, incluyendo el primer nivel

de atención, Lo anterior sirve para conocer cuales son las enfermedades más frecuentes, su causalidad, y cuál es el tratamiento más efectivo, sin embargo no se puede dejar a un lado a la investigación cualitativa que pretende entender al paciente como un todo (ligada a un contexto social), que enriquezca a la atención primaria ^{34, 35}.

Para Iñiguez, optar por los métodos cualitativos en la investigación representa una adecuación en aquellos casos en que los procesos a estudiar implican los significados, opiniones, creencias, actitudes, valores, hábitos, comportamientos y otros indicadores creados y compartidos por personas, grupos y comunidades. ³³.

El enfoque cualitativo es el método que mejores oportunidades ofrece para acceder a la comprensión y entendimiento del proceso de vida que los sujetos hayan podido experimentar respecto de algún fenómeno en el que han participado como protagonistas, proceso de vida que equivale a proceso de cognición experimentado/construido y que el sujeto nos puede revelar a través del habla, su palabra o su relato. ^{36, 37}

Refiere Martín Zurro, que los estudios cualitativos permiten la detección de problemas con gran repercusión sobre el usuario, ya que aproximan al conocimiento de la realidad funcional de los equipos y profesionales, y que esta información difícilmente se puede obtener con métodos cuantitativos. ³⁶

De la misma manera refiere que este tipo de investigación representa un reto, ya que existen barreras como la falta de sensibilidad y predisposición al cambio, que se consideran a la evaluación solamente como una fuente de datos para rellenar estadísticas y controlar, y no como un instrumento de servicio de la mejora de la calidad de la atención de la salud. ³⁷

Últimamente se esta prestando atención en la excelencia en la investigación cualitativa, conceptos como la calidad, la confiabilidad o triangulación, se reportan con mayor frecuencia en la bibliografía medica a fin de realizar un proceso confiable en la investigación cualitativa. ³⁸

La observación, es otro recurso en la investigación cualitativa piedra angular en este tipo de investigación, que no solo se basa en mirar los hechos sino en un proceso sistematizado y ordenado, para interpretar y captar el significado del fenómeno estudiado.³⁹

La orientación cualitativa de investigación persigue entender los fragmentos de la realidad, tal y como construye y da significación a la propia persona, enmarcándolos de una manera global y contextualizada.³⁷

En el presente trabajo la recolección de datos se llevará acabo por La técnica de incidentes crítico, ya que es muy útil para recoger y analizar los incidentes que contribuyen significativamente para el fracaso o el éxito de una actividad, en este procedimiento se registra la frecuencia con la que suceden los incidentes eligiendo las más frecuentes o más significativas por sus consecuencias. Estos incidentes pueden referirse a conocimientos, razonamientos, toma de decisiones, actitudes habilidades comunicativas, habilidades psicomotrices, etc.^{23, 24}

El incidente crítico fue descrito por Flanagan en 1954, en el se interroga a un gran número de médicos, para identificar, desde su propia experiencia profesional, aquellos incidentes que parezcan tener efectos positivos o negativos sobre la calidad del cuidado que proporcionan a sus pacientes, por lo que se ha de utilizar en este trabajo para la identificación de las dificultades de los médicos para la comunicación de malas noticias.

El registro de procedimientos o actividades consiste en registrar las dificultades del médico para la comunicación de malas noticias, sin embargo este método de registro tiene como sesgo de memoria de los eventos ocurridos al informar, sesgos voluntarios

durante el registro y por último es difícil determinar para luego seleccionar, cuales dificultades son trascendentes para la comunicación de malas noticias. Da excelentes resultados para asegurar la pertinencia y la relevancia de habilidades críticas para una determinada comunicación, y de esta manera crear sugerencias para la información en comunicación.

Los problemas a los que se enfrenta este método es que no está definido lo que constituye una comunicación adecuada, la técnica de incidente crítico fue desarrollada como consecuencia de los estudios desarrollados por el programa de la psicología de la Fuerza Armada de Aviación de los Estados Unidos durante la segunda guerra mundial²³,²⁴, Uno de los primeros estudios, realizados durante 1941, fue el análisis de las razones específicas de falla para aprender a volar los aviones de guerra los instructores reportaron sus razones para eliminar sus candidatos, el estudio fue encontrado de mucha utilidad e indicó la necesidad de mejorar los procedimientos para obtener verdaderos incidentes con relación al desempeño de los pilotos, un estudio posterior mencionado en 1944, se recolectó las razones por las cuales los pilotos de aviones bombarderos fallaban en sus misiones, haciendo énfasis en determinar los hechos precisos de cada caso, durante ese mismo año, en otro estudio, se planteó el problema del liderazgo durante el combate, las instrucciones pedían a los veteranos reportar los incidentes observados por ellos mismos que implicaban conductas que fueran especialmente útiles o inadecuadas para alcanzar con éxito la misión encomendada, se recolectaron varios cientos de incidentes, los cuales permitieron una definición real y objetiva de un combate efectivo.

De esa forma surgió el incidente crítico, al término de la guerra, los estudios se continuaron en el Instituto Americano de Investigación en donde evolucionó la técnica y se le proporcionó su nombre actual, en la actualidad se considera la técnica de incidente crítico como un procedimiento que sirve para obtener hechos importantes

concernientes a conductas de los profesionistas ante situaciones de su trabajo bien definidas. ²²

Se puede decir que la esencia del incidente crítico implica sólo un juicio simple del observador, el cuál debe ser calificado como observador adecuado, la objetividad de la crítica es considerada como la tendencia del número de diferentes observadores para hacer un reporte acerca de un mismo fenómeno, de forma independiente, la objetividad de los reportes depende de la definición previas otorgadas a los participantes y de la competencia del observador en interpretar los reportes con relación al incidente observado. ²³.

De esta manera el tipo de investigación que se va a llevar a cabo en este trabajo es la investigación cualitativa que representa una nueva versión respecto a la investigación cuantitativa. Esta visión esta más relacionada con el síntoma y el “ojo clínico” que con el signo, y el síndrome y la evidencia epidemiológica. ²⁵.

Según Martin Zurro ²⁶ A medida que la atención primaria se ha consolidado no solo desde el punto de vista funcional, como primer escalafón de acceso a las organizaciones asistenciales, sino también en cuanto al ámbito de ejercicio de la medicina con características propias, han ido surgiendo nuevas incógnitas y nuevos retos para el saber profesional.

Tomando como referencia la revisión llevada a cabo por Murphy et al. En 1998, Donde expone 8 características de la investigación cualitativa que se refieren a continuación.

1. *Situarse en la perspectiva de los individuos que son estudiados.* Las perspectivas de las personas en estudio no siempre son fácilmente accesibles.

2. *Descripción del escenario del estudio.*
3. *Énfasis en el contexto y en la valoración holística del fenómeno.*
4. *Importancia del proceso.*
5. *Flexibilidad en el diseño y renuncia a imponer marcos e hipótesis cerradas de partida.*
6. *La investigación cualitativa no es solo un conjunto de técnicas destinadas a la recolección de datos descriptivos.*
7. *La investigación es cualitativa porque se basa en un cuestionario sobre aspectos subjetivos.*
8. *La Investigación cualitativa no es una investigación basada en un número pequeño de casos y que no puede ser abordada con métodos cuantitativos precisamente por el insuficiente tamaño de la muestra.*

1.4 Motivos Para Informar ¹.

1.4.1 La Ley General de Salud ampara el derecho a la información y son ya varias las sanciones contra profesionales por no haber informado al paciente de su enfermedad, de su tratamiento o de su pronóstico.

En el Artículo 23 de la Ley General de Salud, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. ¹³

En el Artículo 32 de esta misma ley, se entiende por atención médica, el conjunto de servicios que proporciona al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud.

Por último en el artículo 77-Bis-37, se refiere que los Beneficiarios de sistema de protección de salud, tiene derechos publicados en el Diario Oficial de la Federación con fecha al 15 de mayo del año 2003, en los que se destaca:

Los derechos de los Pacientes¹².en su apartado 1, donde se hace referencia que todo paciente tiene derecho a que la atención médica que se le brinde se le otorgue por personal preparado, de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención, de la misma manera en el apartado 3, se refiere que todo paciente debe recibir información suficiente, clara oportuna y veraz, el paciente o en su caso el responsable, tiene derecho a que el medico tratante les brinde información completa, sobre el diagnostico, pronostico y tratamiento, que todo se exprese de manera clara y comprensible.

El código de bioética de Medicina Familiar⁴¹.

El médico familiar adquiere así el compromiso moral de cumplir con deberes y responsabilidades, con el individuo sano, enfermo, con la familia y la sociedad, con la formación de profesionales de medicina familiar, y en su capítulo 1. Deberes y responsabilidades del médico familiar para con las personas, la familia y la sociedad, donde se expone en el apartado 8, sobre informar al paciente a sus familiares o a quien lo tutele de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico el tratamiento y pronóstico correspondiente o posible. La información se proporcionará con mesura, prudencia y calidez, respetando la calidad humana.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica mundial en el que se refiere a manera de humanitarismo, un motivo no menos importante para informar, es el acompañamiento: si el enfermo y su entorno conocen el diagnóstico y pronóstico pueden compartir el sufrimiento y vivir este periodo del final de la vida de forma más o menos significativa. Aunque no informemos, el paciente siempre se entera de que se muere, pero en este caso llega a la muerte en soledad. ^{1,3}

Conociendo que existen otros conceptos los cuales avalan de manera parecida los derechos de los enfermos, se abordarán sólo algunos de los principios éticos que se consideran más importantes cuando se refiere al tema de la información. ¹²

- Decir la verdad: “el deber de decir la verdad constituye un requisito moral para toda la comunidad. Adquiere una especial importancia en la relación médico paciente en la que la confianza es esencial debido al desigual poder y las graves decisiones médicas.
- Autonomía: “Su propósito es permitir a los pacientes competentes que tomen sus propias decisiones en cuestiones de salud basándose en sus propios valores.
- Competencia: “La capacidad legal del paciente de comprender las posibles consecuencias de su decisión y las alternativas de que dispone.
- Confidencialidad: Este principio se basa en que el médico no divulgará la información privada del paciente.

1.5 ¿Como Comunicar Malas Noticias?

El modelo que se presenta a continuación fue descrito por Robert Buckman en 1984

1.5.1 Comienzo

- Cuide que el contexto físico sea adecuado.
- Asegure que ambos padres, o los familiares responsables estén presentes.
- Comience con una pregunta abierta (¿Cómo están las cosas hoy?, ¿Cómo se sienten?).
- Si el paciente está muy sintomático es preferible dejar la entrevista para otro momento.

1.5.2 Averigüé cuánto sabe el paciente.

Objetivo:

Saber cuanto sabe el paciente sobre la enfermedad y el IMPACTO que la enfermedad tendrá en su futuro, no la patología, el nombre. (¿Qué le dijeron?, ¿Cómo ven a su paciente?) Esto permite rescatar la comprensión del paciente acerca de su estado clínico, el estilo del paciente (palabras que usa y evita, nivel educacional) y el contenido emocional expresado en lenguaje verbal y no verbal.

1.5.3 Averigüe cuánto el paciente quiere saber

- Los pacientes no saben sólo por lo que dice el médico sino por lo que sienten en su cuerpo, lo que escuchan de otros pacientes, de familiares, los estudios que deben hacerse. Es más nocivo no discutir la información.
- La pregunta no es si quiere saber sino a qué nivel quiere saber. (para los niños: quieres saber más sobre la enfermedad o que te expliquemos lo que vamos a hacer)

1.5.4 Comparta la información

- Hágase un plan de discusión (Diagnóstico, Tratamiento, Efectos Secundarios, Pronostico, Apoyo)
 - Comience desde donde conoce el paciente. Vaya apoyándose en los conceptos correctos y corrija los que los que haga falta.
 - Educación: Vaya corrigiendo lentamente la brecha entre la situación real y la percepción del paciente.
 - Dé la información dosificada. Los pacientes recuerdan sólo el 50% de la información en diagnósticos sencillos. Ante diagnósticos graves esta información se retiene en menor grado. Una técnica es la del aviso: la situación parece más seria de lo que se imagina... Se pueden dar pequeñas informaciones e ir parando (pueden utilizarse varias entrevistas) o contar a manera de "historia"
 - Use lenguaje común, no lenguaje médico, con tecnicismos.
 - Cheque la recepción con frecuencia y clarifique: "¿lo que digo se entiende?"... "¿le suena razonable?" "¿Entiendo que esto es difícil pero me sigue?". Esto es útil para: demostrar que le importa que el paciente entienda, permitir que el paciente hable, permitir que el paciente tenga sensación de control, validar los sentimientos del paciente.
 - Clarifique: esté seguro que Usted y el paciente entienden lo mismo.
PREGUNTE
-
- Repita los puntos importantes
 - Use diagramas y mensajes escritos, material impreso y audiovisual si hay disponible.
 - Cheque SU nivel. NO paternalice.

- Escuche la agenda del paciente: Permita la "lista de problemas" e intente mezclar las dos agendas.

1.5.5. Identifique y Respete los sentimientos del paciente

- Haga uso de las respuestas empáticas.

1.5.6 Planee el seguimiento futuro

- Demuestre que entiende la lista de problemas
- Distinga lo negociable de lo no negociable (Fechas, horarios)
- Elabore un plan y explíquelo: incluya lo incierto. Prepare para lo pero sin dejar de esperar lo mejor
- Identifique los mecanismos de soporte que tiene la familia y los mecanismos de defensa en juego.
- Reclute todo el apoyo extrafamiliar disponible
- Concerté una próxima entrevista.

3.10 CONSIDERACIONES ETICAS.

En este trabajo se considera que no se afecta la integridad física o psicológica de los participantes, sin embargo se ha considerado prudente solicitar la autorización verbal de los médicos, para que el investigador responsable de este trabajo pueda aplicar el cuestionario.

De acuerdo con las recomendaciones de:

A) La declaración de Helsinki.³⁰

Que destaca los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por diversas Asambleas Mundiales Médicas.

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".

Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes.

A. PRINCIPIOS BÁSICOS PARA TODA INVESTIGACION MEDICA

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

B. PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MEDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MEDICA

El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación.

B) El código de Nuremberg.⁴²

En 1946, se publica, el código de Nuremberg, para la realización de investigaciones médicas, Donde se refiere para este trabajo 7 de 10 puntos a considerar en esta investigación y conservar ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales:

1. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario de sujeto humano.
2. El estudio debe ser tal que dé resultados provechosos para el beneficio de la sociedad, no sea obtenible por otros métodos o medios y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.
3. El experimento debe ser realizado de tal forma que se evite todo sufrimiento físico y mental innecesario y todo daño.
4. Deben realizarse preparaciones propias y proveerse de facilidades adecuadas para proteger al sujeto de experimentación contra posibilidades, incluso remotas, de daño, incapacitación o muerte.
5. El experimento debe ser realizado únicamente por personas científicamente calificadas.
6. Durante el curso del experimento el sujeto humano debe estar en libertad de interrumpirlo si ha alcanzado un estado físico o mental en que la continuación del experimento le parezca imposible.
7. Durante el curso del experimento el científico responsable tiene que estar preparado para terminarlo en cualquier fase, si tiene una razón para creer con toda probabilidad, en el ejercicio de la buena fe, que se requiere de él una destreza mayor y un juicio cuidadoso de modo que una continuación del experimento traerá probablemente como resultado daño, discapacidad o muerte del sujeto en estudio.

C) El reporte de Belmont.⁴³

Es un Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento, publicado el 18 de Abril de 1979. Que hace referencia a los principios éticos y directrices para la Protección de sujetos humanos de investigación.

Los puntos clave a considerar son :

1. Principios Éticos Básicos
 1. Respeto a las Personas
 2. Beneficencia
 3. Justicia
2. Aplicaciones
 1. Consentimiento Consciente
 2. Evaluación de Riesgos y Beneficios
 3. Selección de Sujetos

D) CÓDIGO DE BIOÉTICA EN MEDICINA FAMILIAR ⁴¹

Que refiere aspectos éticos que asume el médico familiar, como actitudes principios y valores que emana de los ideales morales inherentes a la profesión médica, y de la observancia y respeto a los derechos humanos de las personas sanas y enfermas que requieren de atención médica, como integrantes de una familia y de la sociedad en su conjunto. Que en el capítulo 4, hace referencia a los deberes y responsabilidades para el desarrollo del conocimiento en medicina familiar (Investigación).

3.11 CONSIDERACIONES LEGALES.

Se solicitara la autorización para la realización de este trabajo a las autoridades superiores como son:

- 1.- Director de las Clínicas de Medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” y “Oriente”.
- 2.- Jefe de enseñanza de las Anteriores Unidades Medicas.
- 3.- Autorización verbal del Médico Familiar, General y/o Residente de Medicina Familiar al que se le aplique el cuestionario.

2. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.

Describir las actitudes y los problemas a los que se enfrenta el médico para comunicar malas noticias no es fácil, el proceso de la comunicación es complejo y está sujeto a múltiples distorsiones, pero aún es más complejo cuando el mensaje a transmitir se convierte en noticias inesperadas y desagradables, y si además se añade un entorno inadecuado, un emisor poco entrenado y un lenguaje poco comprensible, por la terminología médica, fácilmente será un fracaso que podrá ocasionar diferentes repercusiones en el paciente o en su familia ^{1,2}.

También es conocido el progresivo aumento de demandas médicas habiéndose observado que se debe más a una mala comunicación que a una mala praxis. ⁵ Por lo que se ha descrito que la buena comunicación entre el médico y el paciente es la piedra angular de la buena práctica médica (Doherty et al., 1990), existe evidencia de que la buena comunicación médico-paciente puede tener un impacto sobre los resultados de salud en términos del estado funcional del paciente y de la evaluación subjetiva de la salud, así como de las medidas psicológicas. (Kaplan et al.,).

Hay evidencia de que en la práctica muchos médicos no se comunican eficientemente y que el entrenamiento en las habilidades de interacción y relación merece incluirse como una parte importante en la preparación profesional del médico². La relación médico paciente es una transición, un sistema de interacción recíproca que incorpora lo que el médico y el enfermo piensan, sienten, hacen y reciben el uno del otro ²

Escuchar al paciente en forma activa implica escuchar el contenido literal de las palabras y el de la expresión corporal, así como brindar una respuesta activa, todo ello se convierte en un requisito indispensable para mantener la comunicación verbal y no verbal, así como mantener un nivel afectivo tal profundidad que permita al paciente la expresión abierta de sus sentimientos, temores y expectativas con lo cuál el médico podrá comprender mejor el verdadero significado de la enfermedad para el paciente y su familia. ²⁸

El entrenamiento en las habilidades para la comunicación ayuda a los médicos a manejar más efectivamente los aspectos sensibles de la interacción médico-paciente. Holte (1990) describió la comunicación como el método más importante para los profesionales de la atención primaria a la salud, que es un pilar importante en la práctica médica, por ejemplo : Tener que comunicar a un paciente y a su familia, que padece una enfermedad terminal, informar a la pareja y a su familia que su cónyuge a muerto, comunicar a una madre que su hijo nació con una malformación, u otros ejemplos en la transmisión de malas noticias, ocasiona en ellos unacrisis de aceptación, y un duelo por lo que es de gran importancia tener la habilidad y la sensibilidad para dar esa mala noticia.

Por las anteriores consideraciones en este trabajo se pretende identificar y analizar las dificultades que tiene el médico para comunican las MALAS NOTICIAS.

2.1. JUSTIFICACION

Fomentar una adecuada relación medico paciente, que permita comunicar malas noticias, con la habilidad y destreza necesarias y apoyados en un ambiente físico adecuado que permita ofrecer una información clara, precisa y veraz acerca de la enfermedad y evitar conceptos erróneos y falsas expectativas que repercutan en la evolución y en pronóstico del paciente y la dinámica de su familia. ²

Exponer a los pacientes y a sus familiares las malas noticias es uno de los deberes más difíciles de un médico y aún la educación típica no ofrece una formación suficiente para esta intimidante tarea.⁴ El grado de comprensión del paciente y sus familiares depende en gran medida de la forma en la comunicación de la MALA NOTICIA, por lo que resulta de vital importancia aumentar la calidad de información dada, comprobar su comprensión pero principalmente establecer una optima relación médico-paciente. El proceso de informar al paciente y la familia es complejo y necesita de tiempo y aprendizaje por parte de los médicos. ¹

En los últimos años se destaca en la literatura especializada una preocupación reciente sobre las cuestiones referentes al cuidado del paciente en fase terminal, prestando especial atención a la comunicación en la unidad familia, paciente ¹⁷

La relación Médico paciente caracterizada como una alianza terapéutica es un compromiso de colaboración basado en sentimientos de confianza y esperanza²⁰, existe evidencia que se tiene una experiencia personal y se ha constatado la importancia de un gesto o de una palabra en el momento adecuado. Por esto es importante que los médicos tomen conciencia, de que es necesario transmitir de forma eficaz una mala noticia.

Dado que las malas noticias pueden producir alteraciones emocionales indeseables, el médico, tendrá que enfrentar retos que alteran la dinámica familiar por lo que es importante lograr la aceptación de la enfermedad, del pronóstico o sus consecuencias, disipar los sentimientos de culpa, manejar la depresión, el enojo y la desesperación de enfrentar la realidad.

En la escuela no se enseña a dar malas noticias, ni dentro de la formación académica profesional de las universidades, esto se aprende a lo largo del camino que se recorrerá en el enfrentamiento con el paciente, por lo que es importante que los especialistas se preparen y reciban un entrenamiento acerca de cómo manejar la información en los Servicios, reconocer que no existen fórmulas, pero sí lineamientos que permitirán guiarlos a través del proceso de la información y lo más importante será la grandeza y la calidad humana de quien lo hace, saber que se tiene un compromiso moral y humano para con el paciente ¹⁸

Según Judéz,⁸ Generalmente las malas noticias se asocian a un mal pronóstico, pero el diagnóstico de una enfermedad crónica como la diabetes también es una mala noticia, y que en ocasiones resulta cotidiano comunicarla y, sin embargo, es probable que no se comunica de la mejor manera", Según Judéz, "malas noticias son todas aquellas que por su trascendencia condicionan el modo de vivir del paciente, porque cambian sus expectativas y objetivos vitales"⁸

La habilidad para proporcionar información descrita anteriormente contribuirá a la adherencia del paciente a los planes de tratamiento al asegurar que el paciente ha comprendido la información relevante acerca del diagnóstico y tratamiento propuestos², por lo que la información recolectada será de utilidad para capacitar a Médicos.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 OBJETIVO GENERAL

2.2.1.1 Identificar y analizar las dificultades que tiene el médico del primer nivel de atención médica, para comunicar malas noticias.

2.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

4.2.2.1 Identificar los problemas de salud, en los cuales existe dificultad, para comunicar malas noticias en los médicos del primer nivel de atención.

4.2.2.2 Identificar los factores que influyen positiva o negativamente para la comunicación de las malas noticias.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDIO ³¹

El tipo de estudio que se llevo acabo en esta investigación es de tipo prospectivo, transversal, descriptivo y Observacional.

3.2 POBLACION

Médicos adscritos al primer nivel de atención, Médicos Familiares, Médicos Generales y residentes de Medicina Familiar.

3.3 LUGAR

Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” y Clínica de Medicina familiar “Oriente”, del Instituto De Seguridad Y Servicios Sociales De Los Trabajadores Del Estado (ISSSTE)

3.4 TIEMPO

En un periodo de tiempo de 2 meses, comprendidos entre los meses de Agosto y Septiembre del año 2006, realizando la aplicación de cuestionarios a los Médicos del primer nivel de atención en dichas Unidades Medicas.

3.5 TIPO DE MUESTRA:

A conveniencia, para este tipo de estudio cualitativo donde se Aplicará cuestionarios a Médicos del primer nivel de atención en las Unidades Medicas mencionadas con anterioridad.

3.6 METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION:

Es un estudio cualitativo donde el propio autor será el encargado de aplicar la técnica del incidente crítico para obtener la información, directamente en las unidades laborales de los médicos participantes, en un primer paso se solicitó a los Jefes de Enseñanza de las clínicas de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” y Clínica de Medicina familiar “Oriente”, del Instituto De Seguridad Y Servicios Sociales De Los Trabajadores Del Estado (ISSSTE), programación de una sesión general, dirigida al personal médico que ahí labora, programándose los días 01 y 12 de Septiembre del presente año, respectivamente, el día de la sesión se informó a los presentes el objetivo de la principal de la sesión, dividiendo las actividades en dos módulos, el primero en una breve introducción sobre el tema con duración aproximada de 30 minutos y posteriormente el llenado de un cuestionario que debería de ser elaborado de manera voluntaria durante los siguientes 20 minutos, Estando presente en todo momento el investigador para resolver cualquier duda o aclaración que tuviesen los médicos encuestados, no habiendo que aclarar nada en ese momento, por lo que se agradeció la participación de los encuestados y se dio terminado el proceso de recolección de datos.

3.7 CRITERIOS DE SELECCION

3.7.1. INCLUSION

Médicos residentes en Medicina Familiar, de cualquiera de los tres grados académicos, de la CMF “Dr. Ignacio Chávez” y de la CMF Oriente, que aceptarán participar voluntariamente.

Médicos de Base, especialistas en Medicina Familiar, de la CMF “Dr. Ignacio Chávez” y de la CMF Oriente, que aceptaran participar voluntariamente.

Médicos de Base, generales, adscritos a la CMF “Dr. Ignacio Chávez” y de la CMF Oriente, que aceptaran participar voluntariamente.

3.7.2 EXCLUSION

Médicos residentes, generales o especialistas en Medicina Familiar, adscritos al primer nivel de atención en las CMF “Dr. Ignacio Chávez” y de la CMF Oriente, que no aceptarán participar voluntariamente

3.7.3 ELIMINACION

Médicos que no proporcionen la información solicitada, que los cuestionarios estuviesen incompletos o que la letra fuera ilegible.

3.8 DEFINICIÓN DE VARIABLES

La información que se recolecto en este trabajo de investigación se engloban dentro del las siguientes variables, como parte de control de la información obtenida.

Las variables son: (Anexo 1)

1. La edad del Médico
2. El sexo del Médico.
3. La categoría laboral del médico.
4. Años de Práctica Profesional del médico.
5. Relato de la Comunicación de Malas Noticias.
6. Los incidentes positivos que influyen en la comunicación.
7. Los incidentes negativos que influyen en la comunicación.

VARIABLE	DEFINICION	OPERACIONALIZACIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento	Edad cumplidos en años	Continua
Sexo	Conjunto de caracteres biológicos que diferencia a los hombre de las mujeres.	Femenino Masculino	Nominal
Categoría del médico.	Condición laboral o académica del médico.	Médico General Médico Familiar Médico Residente	Nominal

Años de Práctica Profesional.	Tiempo transcurrido que el médico tiene practicando su práctica clínica.	Expresado en años cumplidos	Continua
Dificultades del médico para informar malas noticias	Problemas del médico para informar al paciente o a su familiar noticias adversas	Situaciones descritas por los médicos investigados.	Nominal

3.9 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Un cuestionario, empleando la técnica de incidente crítico, el cuál fue descrito con anterioridad.^{23, 40} Modificado para este trabajo. (Anexo 1).

4. RESULTADOS.

Se recabaron 65 reportes en total, de incidentes en los cuales se describen las dificultades de los médicos para comunicar malas noticias. Se eliminaron 4 por respuestas inadecuadas e inconclusas.

4.1 Descripción de la muestra.

4.1.1 Sexo

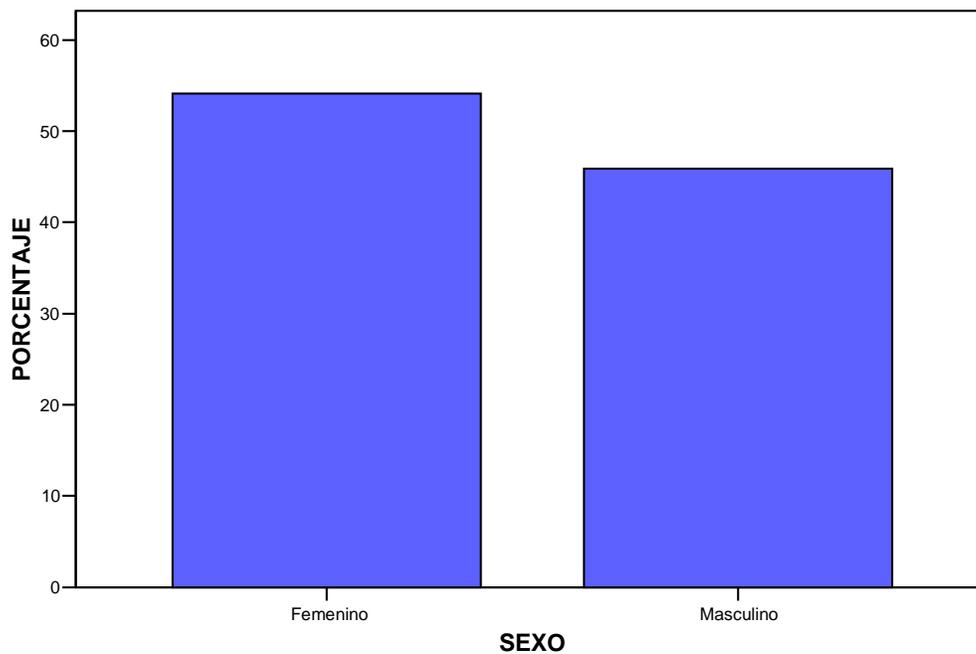
A continuación se hace una breve descripción de la muestra estudiada.

En la tabla 1, se puede observar que predominaron los médicos del sexo femenino.

Tabla1. Sexo de los médicos participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo Femenino	33	54.1
Masculino	28	45.9
Total	61	100.0

Grafica 1. Sexo de los médicos participantes



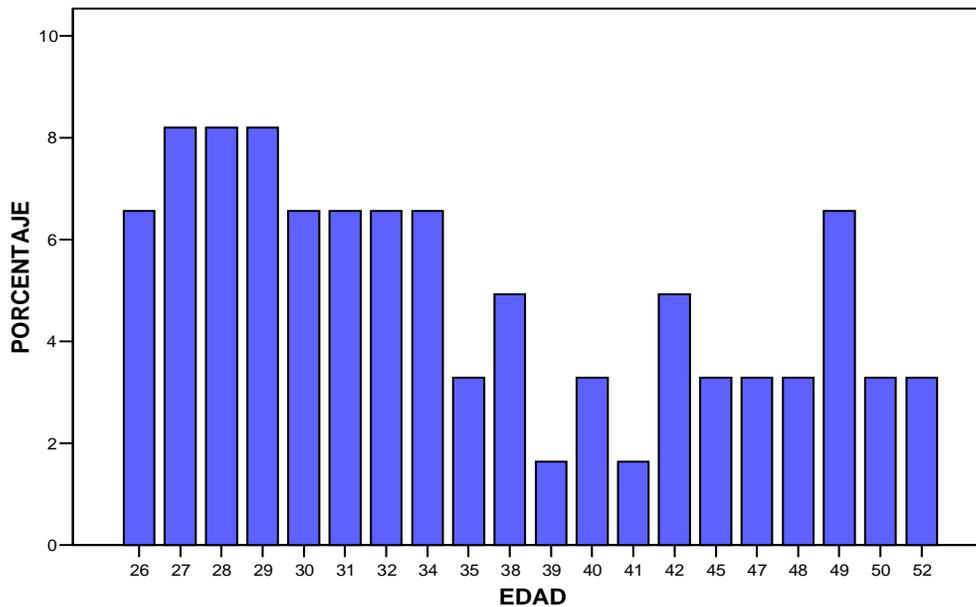
4.1.2 Edad

Como se puede observar en la Tabla y grafica # 2, la edad mínima de los médicos encuestados es de 26 años y la edad máxima es de 52 años de edad, teniendo como edad media estadísticamente es de 37 años de edad.

Tabla1. Edad de los médicos participantes

Edad	Frecuencia	Porcentaje
26	4	6.6
27	5	8.2
28	5	8.2
29	5	8.2
30	4	6.6
31	4	6.6
32	4	6.6
34	4	6.6
35	2	3.3
38	3	4.9
39	1	1.6
40	2	3.3
41	1	1.6
42	3	4.9
45	2	3.3
47	2	3.3
48	2	3.3
49	4	6.6
50	2	3.3
52	2	3.3
Total	61	100.0

Grafica 2. Edad de los médicos participantes



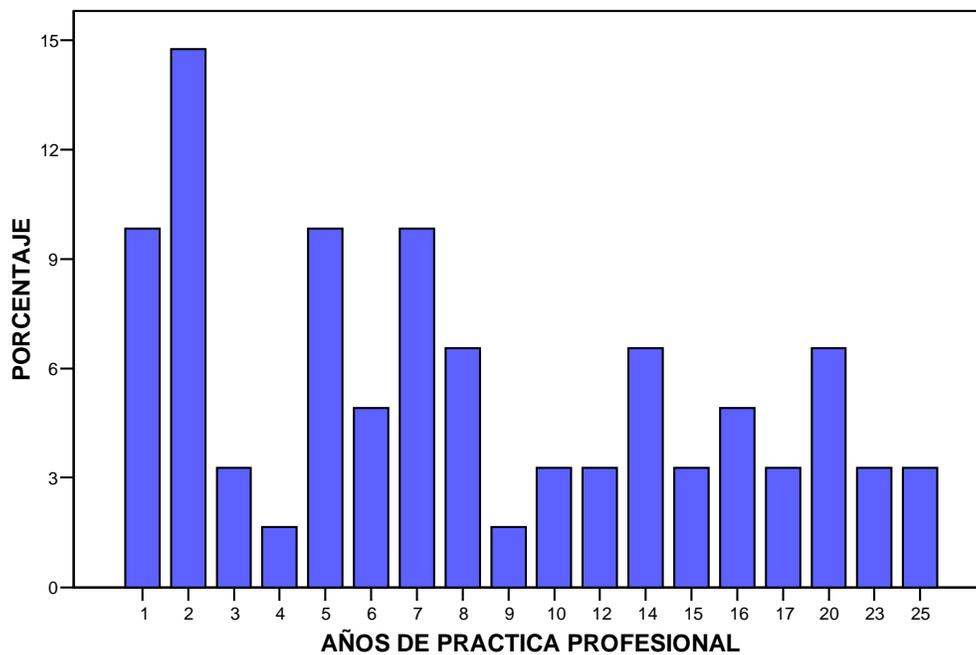
4.2 Años de Práctica profesional

Con lo que respecta a los años de práctica profesional de los médicos encuestados varia desde 1 año hasta 25 años, siendo el promedio estadístico de 9 años. Como se puede apreciar en la tabla y grafica # 3.

Tabla 3. Años de práctica profesional de los médicos participantes

		Frecuencia	Porcentaje
AÑOS	1	6	9.8
	2	9	14.8
	3	2	3.3
	4	1	1.6
	5	6	9.8
	6	3	4.9
	7	6	9.8
	8	4	6.6
	9	1	1.6
	10	2	3.3
	12	2	3.3
	14	4	6.6
	15	2	3.3
	16	3	4.9
	17	2	3.3
	20	4	6.6
	23	2	3.3
	25	2	3.3
	Total	61	100.0

Grafica 3. Años de práctica profesional de los médicos participantes



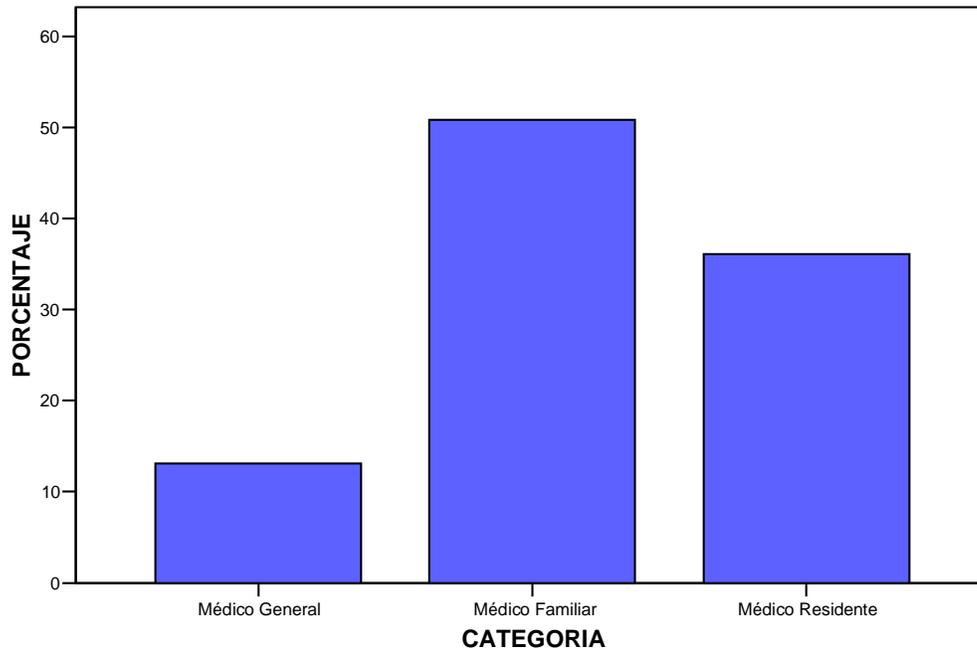
4.3 Categoría del Médico

De acuerdo con la información agrupada en la tabla y grafica #4, la categoría del medico más frecuente es la del Medico Familiar, siguiendo con el Medico residente y menor número con Médicos Generales del 1er nivel de atención.

Tabla 4. Categoría del médico participante

		Frecuencia	Porcentaje
Categoría del Médico	MEDICO GENERAL	8	13.1
	MEDICO FAMILIAR	31	50.8
	MEDICO RESIDENTE	22	36.1
	Total	61	100.0

Grafica 4. Categoría del médico participante



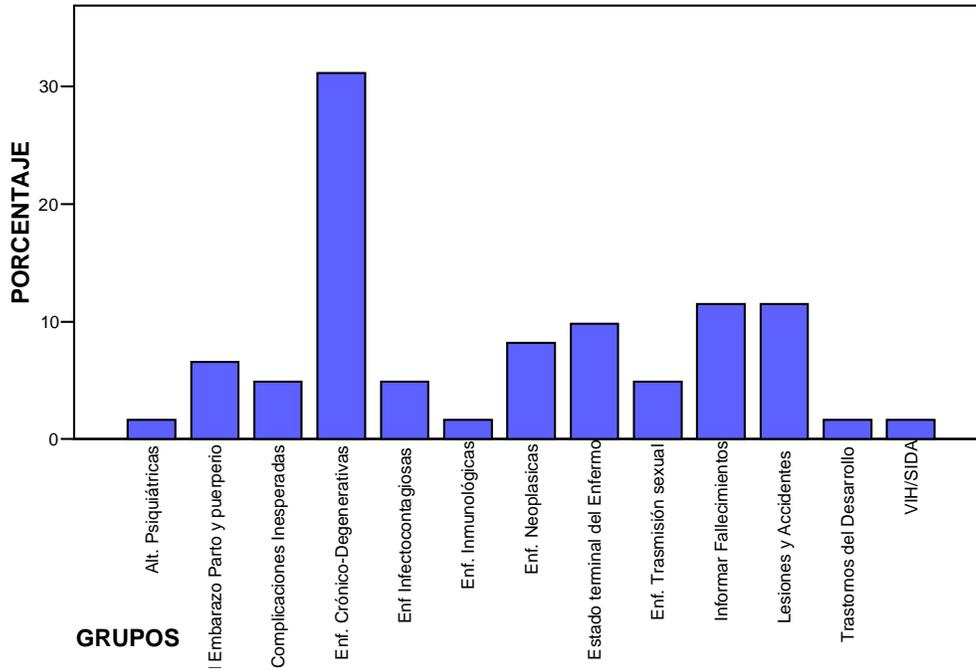
4.4 Problemas de salud

En la tabla y grafica # 5 se muestran los 13 grupos de problemas de salud detectados de las 61 patologías registradas en los cuestionarios. Además se agregan las subcategorías de estos grupos.

Tabla 5. Problemas de salud detectados

	Frecuencia	Porcentaje
1. Alt. Psiquiátricas	1	1.6
1.1 Sx. depresivo		
2. Complicaciones en el Embarzo, Parto y Puerperio		
2.1 muerte del neonato		
2.2 Ingesta de medicamentos en el embarazo	4	6.6
2.3 Recien nacido con malformaciones		
3. Complicaciones Inesperadas		
3.1 agudas y crónicas de DM		
3.2 Detrioro clínico del pacinte	3	4.9
3.3 complicaciones post quirurgicas.		
4. Enf. Crónico Degenerativas		
4.1 D.M.	19	31.1
4.2. HAS		
4.3 Cardiopatias		
5. Enf. Infecto-Contagiosas		
5.1 Hepatitis	3	4.9
5.2 Enf. exantematicas		
6. Enf. Inmunológicas		
6.1 LES	1	1.6
7. Enf. Neoplasicas		
7.1 CA CU		
7.2 CA MAMA	5	8.2
7.3 CA Prostata		
7.4 Leucemia		
8. Estado terminal del Enfermo	6	9.8
9. Enfermedades de Trasmisión Sexual	3	4.9
10. Informar Fallecimientos		
10.1 a familiares	7	11.5
10.2 en general		
11. Lesiones y Accidentes		
11.1 TCE		
11.2 Automovilistico	7	11.5
11.3 por arma de fuego		
11.4 quemaduras		
12. Trastornos del Desarrollo	1	1.6
13. VIH/SIDA	1	1.6
Total	61	100.0

Grafica 5. Problemas de salud detectados



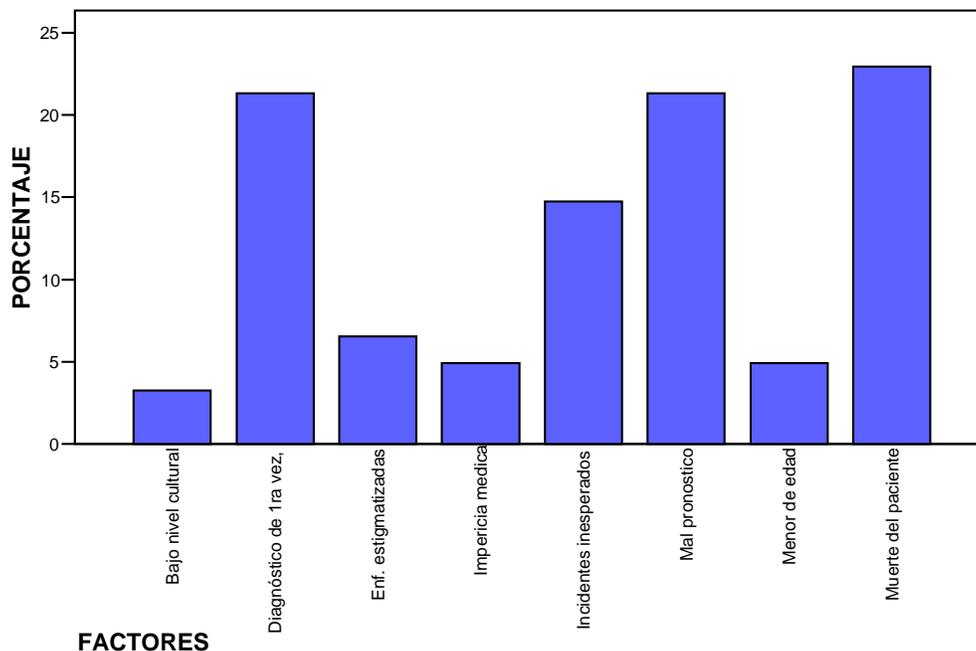
4.5 Factores que influyen en la comunicación

Los Factores que influyen en la comunicación de malas noticias, según los médicos encuestados se registraron en la tabla y grafica # 6.

Tabla 6. Factores que influyen en el médico que participa para comunicar malas noticias

		Frecuencia	Porcentaje
Factores	Bajo nivel cultural	2	3.3
	Diagnostico de 1ra vez,	13	21.3
	Enf. Estigmatizadas	4	6.6
	Impericia medica	3	4.9
	Incidentes Inesperados	9	14.8
	Mal pronóstico	13	21.3
	Menor de edad	3	4.9
	Muerte del paciente	14	23.0
	Total	61	100.0

Grafica 6. Factores que influyen en el médico que participa para comunicar malas noticias



4.6 Elementos de la comunicación de malas noticias

4.6.1 Elementos que favorecen

El Total de elementos que favorecen la comunicación de malas noticias son 29, y 32 los que dificultan. Lo anterior, se puede observar en la tabla y grafica # 7 Y 8.

Tabla 7. Elementos de la práctica profesional que favorecen la comunicación de malas noticias

	Frecuencia	Porcentaje
Comunicación eficiente	15	51.7
Factores preventivos	3	10.3
Buena relación Médico-Paciente	7	24.1
Diagnóstico Temprano	3	10.3
Tratamiento oportuno	1	3.4
Total	29	100.0

Grafica 7. Elementos de la práctica profesional que favorecen la comunicación de malas noticias

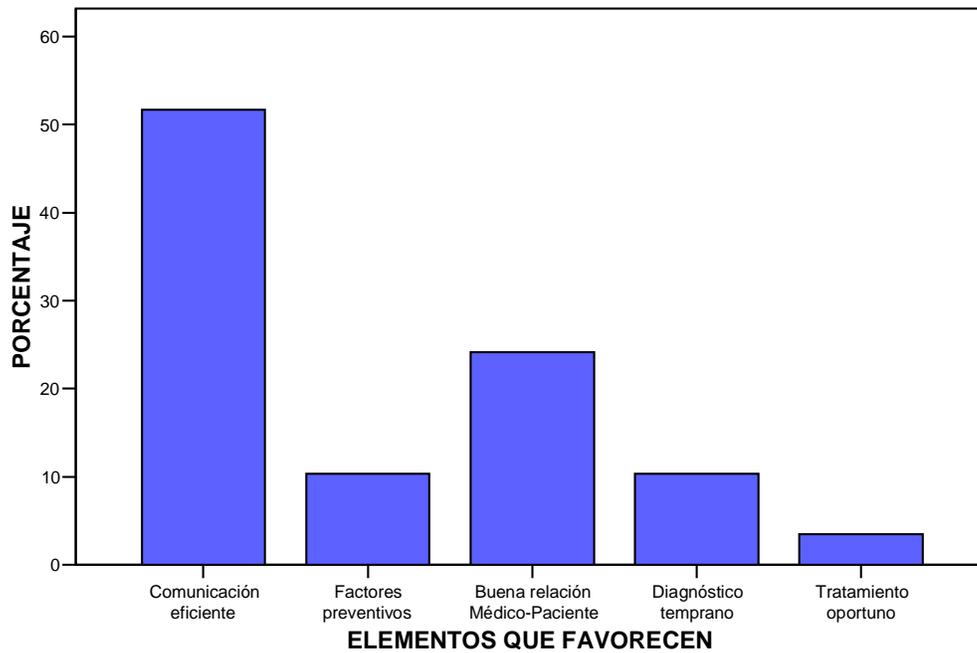
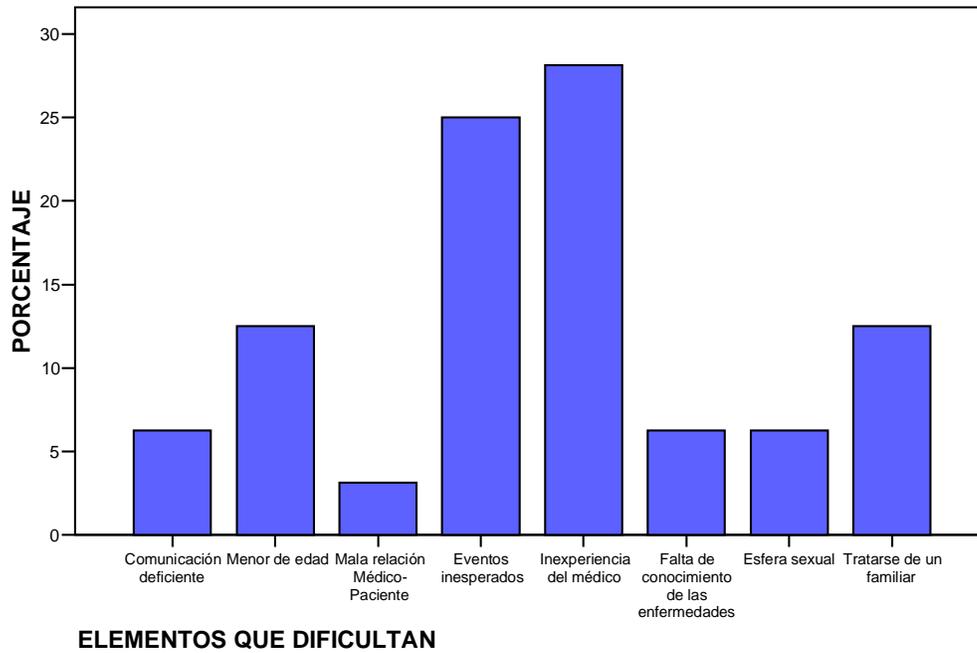


Tabla 8. Elementos de la práctica profesional que dificultan la comunicación de malas noticias

	Frecuencia	Porcentaje Total
Comunicación deficiente	2	6.3
Paciente menor de edad	4	12.5
Mala relación Médico-Paciente	1	3.1
Eventos inesperados	8	25.0
Inexperiencia del médico	9	28.1
Falta de conocimiento de las enfermedades	2	6.3
Esfera Sexual	2	6.3
Tratarse de un familiar	4	12.5
Total	32	100.0

Grafica 8. Elementos de la práctica profesional que dificultan la comunicación de malas noticias



5. DISCUSION

La información identificada en el presente trabajo de investigación, se agrupo para su análisis en cuatro áreas, la primera en datos sociodemográficos del médico encuestado, seguido por los problemas de salud detectados por parte del médico como las patologías más frecuentes relacionadas en la comunicación de malas noticias, posteriormente se identificó los factores que influyen para comunicar malas noticias y por último los elementos que favorecen o dificultan la comunicación de estas.

Sobre los factores sociodemográficos del médico encuestado, se resalta con respecto al sexo que hay un predominio del sexo femenino de 1.4% con respecto al sexo masculino, la edad del médico con un promedio de 35.7 años y la práctica profesional con un promedio de 9 años, aunque es una investigación la cuál no tuvo control sobre estas variables, estos datos pueden ser determinantes en la comunicación de malas noticias, ya que permite identificar, que la experiencia clínica determinada por la edad y los años de práctica profesional, las cuales a consideración del investigador coincide con los resultados encontrados ya que favorecen a una mejor comunicación malas noticias al aumentar las habilidades comunicativas y mejorar la relación médico paciente, también parece coincidir con Helfer ², que en 1970 describe que hay diferencia entre los médicos recién egresados de la facultad, o menos experimentados ya que frecuentemente al comunicarse con los pacientes, evitan aspectos emocionales e ignoran puntos clave importantes del diagnóstico, y con Gómez Sancho²⁹ que refiere que el médico durante su formación universitaria no es adiestrado sobre como comunicar malas noticias, lo que tendrá que ir aprendiendo muchas veces a lo largo de su práctica profesional. Pareciera que el sexo del médico, no influye, habiendo considerar que es una muestra no significativa para el total de médicos y médicas adscritas al primer nivel de atención.

Con respecto a los problemas de salud referidos por los médicos encuestados, descritos en esta investigación, se enlistan, como situaciones clínicas en las que se comunicaron malas noticias y se formaron 13 grupos, los cuales engloban el total de patologías identificadas, siendo las más frecuentes el grupo de enfermedades crónico-degenerativas con un 31.1%. Es importante mencionar que las Enfermedades crónico-degenerativas representan la primera causa de consulta en el primer nivel de atención y en esta investigación es el problema de salud referido con mayor frecuencia. Lo que hace coincidir además con M. Arraya,¹ que el diagnóstico de una enfermedad crónica, por ejemplo diabetes mellitus, afecta toda la vida del paciente, sus hábitos alimenticios, su relación interpersonal e incluso puede afectar a su situación laboral. Por tanto, decir a un paciente "tiene una enfermedad crónica-degenerativa", es una mala noticia porque le obliga a cambiar determinados aspectos cotidianos de su vida y le reditúa socialmente como "enfermo".

Es necesario mencionar que como se incluyeron a médicos residentes que parte de su actividad clínica es complementaria en los servicios de urgencias y en los servicios de hospitalización, los grupos de enfermedades relacionadas con los accidentes y con enfermedades terminales como neoplasias o informar fallecimientos representaron en esta investigación el segundo y tercer lugar de problemas de salud referidos por los médicos encuestados, y son factores identificados como desencadenantes de mal pronóstico convirtiendo la información en malas noticias, es sin duda alguna, el médico del primer nivel de atención, por la estructura de los servicios en salud que atiende, el tener poco contacto con estos grupos de problemas de salud y que tiene una connotación importante en la comunicación de malas noticias.

Otros datos a considerar, con el 21.3% está el comunicar diagnósticos de primera vez y con el 6.6% la comunicación de enfermedades estigmatizadas por la sociedad como VIH-SIDA junto a las enfermedades de transmisión sexual, requieren mención especial ya que son enfermedades con gran carga emocional para el paciente, la familia y para el mismo médico, al ser enfermedades cuestionadas por la sociedad, con un pronóstico incierto, y por ser causas de crisis no normativas con alteración de la funcionalidad familiar, coincidiendo con Irigoyen³⁵ en que cada vez hay más familias en condiciones vulnerables causantes de tensión y desintegración familiar, como enfermedades de transmisión sexual, embarazos en adolescentes, vivir en condiciones

desfavorables y con Minuchin, ²⁸ al considerar que las crisis dan las posibilidades para que las familias cambien de forma positiva o negativa, dependiendo de su estado de salud.

En el más bajo porcentaje de estos factores identificados por los médicos encuestados con el 3.3% se encuentra a la comunicación de malas noticias en pacientes o familiares con bajo nivel cultural, para algunos autores¹⁵ los médicos subestiman la magnitud de las diferencias de su propia cultura y la de sus pacientes y no se percatan de que esas diferencias interfieren seriamente en la asimilación por parte del enfermo de sus instrucciones y de sus consejos, por lo que debe considerarse como un factor esencial y determinante para alterar la comunicación, ya que como refiere Carrillo³², la cultura representa un sistema de valores compartidos, creencias y patrones de conductas aprendidas y no es simplemente el origen étnico, y dado que la cultura otorga una interpretación diferente al fenómeno de salud enfermedad amerita ser considerado como un factor trascendental en el resultado comunicativo del médico, el paciente y su familia.

Los elementos que favorecen o dificultan la comunicación de las malas noticias, son parte fundamental de los objetivos de este trabajo de investigación, los cuales encontramos agrupados en cinco elementos que favorecen y en ocho los elementos que dificultan, se describe, que los médicos comunican malas noticias teniendo a su favor una comunicación efectiva, es decir clara, oportuna y veraz, siendo la comunicación el elemento principal para establecer una buena comunicación médico paciente, Como refiere Kaplan² hay evidencia de que la buena comunicación médico paciente debe tener un impacto sobre los resultados de salud en términos del estado funcional del paciente y de la evaluación subjetiva de la salud, así como las medidas psicológicas, así mismo estos autores ofrecen el aumentar el tiempo de capacitación para abordar el tema de comunicación, de una forma sistematizada. El ofrecer un diagnóstico temprano asociado a los factores preventivos de las enfermedades y el tratamiento oportuno, son los demás elementos que favorecen la comunicación siendo parte del quehacer médico, coincidiendo con el proceso salud enfermedad de la historia natural de las enfermedades

Con lo respecta a los elementos que dificultan la comunicación de malas noticias se menciona con mayor frecuencia, la inexperiencia del médico en las habilidades de la comunicación de las malas noticias, y a la comunicación de eventos inesperados que afectan al paciente o a su familia, pareciera lógico pensar que todos los médicos sienten que están poco preparados para informar malas noticias, o injustificadamente sienten que ha fallado al paciente, a sus familiares y/o a ellos mismos en el resultado final, ya que no existe la preparación ideal para dar malas noticias por todos los factores que influyen y que se han mencionado con anterioridad, lo que hace coincidir lo anterior con Gregg K⁴, donde explica que sin un entrenamiento apropiado sobre como informar malas noticias, los pacientes pueden dejar de confiar en sus médicos, también en general el comunicar Malas Noticias puede que genere ansiedad e inseguridad en los médicos, por lo que ser poco hábiles comunicando malas noticias puede generar un sufrimiento añadido innecesario en la persona que recibe la mala noticia y un deterioro en la relación médico-paciente ^{2, 3, 4, 6}

Si al proceso de comunicación de malas noticias se le agrega una carga emocional; por ejemplo, comunicar al familiar del mismo médico y/o a un paciente menor de edad, definitivamente se altera aún más el proceso de comunicación, coincidiendo con lo reportado en las encuestas realizadas para este trabajo de investigación. De esta manera se puede comentar que el médico sabe que no esta exento de esas malas noticias, con lo referido a la suerte común y a las leyes de morbi-mortalidad de él, de sus familiares y de sus pacientes, coincidiendo con Gómez Sancho ²⁹ que refiere, por lo tanto el médico teme, igual que el enfermo, y su familia, refiere que un estudio realizado en Grecia, se afirma que del 60% de los médicos manifiestan sentir tristeza y angustia ante esta situación.

Los resultados de este trabajo de investigación, reflejan que las habilidades en la comunicación de malas noticias, favorece a una buena relación médico paciente, por lo que resulta importante la capacitación en el manejo de las habilidades en la comunicación de malas noticias de una manera sistematizada que contribuya a disminuir el impacto emocional al momento de ser informado, permitiendo ir asimilando la nueva realidad y fortalezca la relación médico paciente familia.

Finalmente los médicos del primer nivel de atención, aceptaron voluntariamente participar en este estudio al contestar la entrevista, comentaron al término de la encuesta que el tema de investigación les parecía un tema interesante, de utilidad práctica y que pocas veces se enseña a los estudiantes de medicina en las universidades, lo que hace coincidir con Arraya, Gómez Sancho, y otros autores, acerca de incluir este tema en la escuelas de medicina y facultades como parte de la formación médica. ^{2, 3, 6, 29}

6. CONCLUSIONES.

El estudio de investigación cumplió con los objetivos, general y específicos, al identificar y analizar las dificultades que tiene el médico para comunicar malas noticias, con los datos obtenidos se pudo identificar los problemas de salud más frecuentes, en los cuales existe dificultad para comunicar malas noticias en los médicos del primer nivel de atención y se identificaron los elementos que influyen para favorecer o dificultar la comunicación de las malas noticias en este grupo de médicos (tablas 5-8).

En la literatura actual y en los trabajos de investigación de años anteriores no se encontró antecedentes sobre la comunicación de las malas noticias, específicamente en el campo de la medicina familiar, para poderla comparar con otros resultados, esta investigación no es exhaustiva ni profunda, solo descriptiva, ya que permite abrir nuevas líneas de investigación sobre el tema en años posteriores, sin embargo se puede recomendar lo siguiente:

1.- Aumentar la capacitación y el entrenamiento sobre las habilidades de comunicación que permita a los médicos a manejar más eficientemente los aspectos sensibles de la interacción médico paciente familia, que son comunes en la práctica clínica diaria.

2.-Difundir una guía sistematizada, de utilidad para el personal medico, la cuál pretende mejorar las Habilidades en la relación médico paciente familia, y en el manejo de la comunicación de las Malas Noticias, esta guía consiste en una serie de pasos sistematizados, los cuales a continuación se describen, basados en el modelo descrito por Robert Buckman en 1984 y modificados por el autor en respuesta a los resultados encontrados en este trabajo de investigación.

1.- Inicio de la entrevista o comienzo.

- Cuidar que el contexto físico sea apropiado. Para favorecer la privacidad, comodidad y atención de los involucrados.
- Saludar de manera cordial y de respeto hacia el paciente y su familia.
- Asegurar que el paciente, que ambos padres, o los familiares responsables o los involucrados estén presentes.

- Comience con una pregunta abierta (¿Cómo están las cosas hoy?, ¿Cómo se sienten?)

2.- Recolección de datos.

Con suficientes preguntas abiertas, evitando preguntas cerradas o múltiples, atención no verbal y realizar aclaraciones en caso necesario.

a) Averigüé cuánto sabe el paciente.

- conocer cuanto sabe el paciente sobre la enfermedad y el impacto que la enfermedad tendrá en su futuro, permite rescatar la comprensión del paciente acerca de su estado clínico, el estilo del paciente (palabras que usa y evita, nivel educacional) y el contenido emocional expresado en lenguaje verbal y no verbal.

b) Averigüe cuánto el paciente quiere saber

- Los pacientes no saben sólo por lo que dice el médico sino por lo que siente, lo que escucha de otros pacientes, de familiares. La pregunta no es si quiere saber sino a qué nivel quiere saber. (para los niños: quieres saber más sobre la enfermedad o que te expliquemos lo que vamos a hacer)

3.- Conducción de la entrevista.

- Hágase un plan de discusión (Diagnóstico, tratamiento, efectos secundarios, pronóstico, apoyo emocional)
- Comience desde donde conoce el paciente. Vaya apoyándose en los conceptos correctos y corrija los que los que haga falta.
- Educación: Vaya corrigiendo lentamente la brecha entre la situación real y la percepción del paciente.
- Dé la información dosificada. Una técnica es la del aviso: la situación parece más seria de lo que se imagina... Se pueden dar pequeñas informaciones e ir parando (pueden utilizarse varias entrevistas)
- Use lenguaje común, no lenguaje médico, con tecnicismos.
- Cheque la recepción de la información con frecuencia y clarifique: "¿lo que digo se entiende?"... "¿le parece adecuado o razonable?" "¿Entiendo que esto es difícil pero me explico adecuadamente?". Esto es útil para: demostrar que le importa que el paciente entienda, permitir que el paciente hable, permitir que el paciente tenga sensación de control, validar los sentimientos del paciente.
- Clarifique: esté seguro que Usted y el paciente entienden lo mismo.

- Repita los puntos importantes
- Use diagramas y mensajes escritos, material impreso y audiovisual si hay disponible.

4.- Apoyo emocional.

- Haga uso de las respuestas y frases empáticas, que favorezca la confianza y el respeto

5.- Administración de la entrevista

- De explicaciones claras
- Distinga lo negociable de lo no negociable (Fechas, horarios)
- Elabore un plan y explíquelo: incluya lo incierto. Prepare para lo pero sin dejar de esperar lo mejor
- Identifique las redes de apoyo que tiene la familia y los mecanismos de defensa en juego.

6.- Cierre de la entrevista.

- Anuncie el final
- Resuma correctamente
- Estimule los comentarios,
- Contemple futuros acuerdos cuando sea necesario.
- Despedida.

Por último, es conveniente señalar que este trabajo de investigación tiene límites por el tipo y tamaño de la muestra empleada, lo que resulta en no ser representativa de la población de médicos adscritos al primer nivel de atención, por lo que no se pueden generalizar los resultados, sin embargo puede considerarse un acercamiento inicial adecuado a este fenómeno complejo, que representa la necesidad de comunicar malas noticias por parte de los médicos familiares.

CUALES SON LAS DIFICULTADES QUE ENFRENTA EL MEDICO PARA COMUNICAR MALAS NOTICIAS.

7. Referencias Bibliográficas.

1. Araya,M. Lizarraga,S. “Malas Noticias y Apoyo emocional” Suplemento # 2, Anales@cfnavarra.es.
2. Rodríguez Ortega G. “Relación Medico-paciente” Interacción y comunicación, Ed. Porrúa, Librero-Editor, Facultad de psicología, UNAM. 2002
3. Zoppi,K. Epstein,RM. “¿Es la comunicación una habilidad?, Las habilidades comunicativas para mantener una relación, Suplemento # 2, Anales@cfnavarrra.es
4. Vandekieft, M. “Dar Malas noticias el deber más difícil”, www.diario.medico.com, 2004
5. Pascual P, Indurain,S. “ How to improve our clinical Interviews”, Vol.24, suplemento # 3, Anales@cfnavarra.es.
6. Xavier López,Santiago. “Saber dar malas noticias”, “Habilidades para la intervención en los paciente con cáncer de mama”, Diario Médico.com, 2004
7. Irigoyen Coria, A. “Nuevos fundamentos de medicina familiar” 2da ed. Editorial medicina familiar mexicana, 2004.
8. Gregg,K. “Informar Malas noticias”, American Family Physician, Vol.64 N 12, Dic.15,2001
9. Ponce Rosas, R. “Guía para la tutoría de proyectos de investigación en Medicina.” Fac. Med. UNAM.1ra ed. México,2003
10. Torio Duránte, J. García Tirado, M. “ Relación Médico-Paciente y entrevista Clínica, “opinión y preferencias de los usuarios” (1), Atención Primaria. Vol. 19 N.1, Enero 1997.
11. Torio Duránte, J. García Tirado, M. “Relación Médico-Paciente y entrevista Clínica, “opinión y preferencias de los Médicos” (2), Atención Primaria. Vol. 19 N.1, Enero 1997.
12. Derecho de los pacientes y Derechos de los médicos, Ley General del ISSSTE. Agenda de salud, 2000.
13. Ley General de Salud, en materia para la investigación para la salud. Secretaria de Salud, Ed. SISTA, Junio 2006.
14. De la Fuente Ramón, “Psicología Médica”, Fondo de cultura económica, 1992, México
15. Ponce Rosas, R. “Formación de Investigadores en medicina Familiar: La tutorización en investigación y la relación Tutor-Residente” Primera parte, Archivos de Medicina Familiar, 2002; 4(2): 77-81
16. Ponce Rosas, R. “Formación de Investigadores en medicina Familiar: Obstáculos para la consolidación de la Medicina Familiar a través de la investigación, Archivos de Medicina Familiar, 2002; 4(1): 27-4
17. Chávez Aguilar, V. “Aptitud clínica en el manejo de la Familia” Rev. Med. IMSS, 2002; 40 (6): 477-481

18. Hawken, S. "Good communication Skills: Benefits for Doctors and patients". NZPF, Continuing Medical Education, 2005; 32 (3) : 185-190.
19. Hamui Sutton, Liz. "Conceptos Básicos de la Investigación Cualitativa" Documento en Mimeógrafo, preparado para la Academia Mexicana de profesores de Medicina Familiar AC. 06-Julio-2006
20. Bambrila B,G. "Análisis de la relación Médico-Paciente, con el modelo de SZASZ y HOLLANDER, en dos clínicas del ISSSTE. Tesis de postgrado, Departamento de medicina familiar, UNAM.
21. Piña O, G. "La relación Médico-Paciente en la calidad de la atención de la unidad de medicina familiar No. 24. Tesis de postgrado, departamento de medicina familiar, UNAM, 1994
22. Hernández Torres I. "Identificación de competencias relevantes para la comunicación Médico-Paciente en la práctica de Medicina Familiar" Documento en mimeógrafo, preparado para su publicación.
23. Flanagan, J. "The critical incident technique". Psychological Bulletin, 1954; 51 (4): 327-358.
24. Fernández S, S, Calderon G,C. "Atención Primaria" "investigación cualitativa en atención primaria"
25. Watzlawick P. "Teoría de la comunicación humana" Intereacciones, patologías y paradojas, 12ava ed. Editorial Herder, New York, 2002.
26. Achirica Uvalle, M. "Manual de Orientación familiar", Manuales de medicina en comunicación humana, Instituto de la comunicación humana "Dr. Andrés Bustamante Gurria", 1ra ed. Junio 2004.
27. Membrillo Luna A, Curso básico de Medicina familiar 2004, Facultad de medicina, Departamento de medicina familiar, UNAM, Documento en mimeógrafo, preparado para su publicación.
28. Gómez Sancho, "Como dar malas noticias en medicina", 2da ed. Editorial Aran, España 2002.
29. Declaración de Helsinki de la asociación medica mundial, adoptada en la 18° Asamblea Medica Mundial en Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada en la 52° Asamblea General, Edimburgo, Escocia. Octubre del año 2000.
30. Méndez Ramírez I. "El protocolo de investigación", 1ra Ed. Editorial Trillas, México 1997.
31. Hernández Torres I. "El contexto cultural en la comunicación medico paciente en medicina familiar", Atención Familiar Departamento de Medicina Familiar, UNAM. Año 2006, Julio-Agosto 2005, Vol. 13 No. 4
32. Hernández Torres, I. "La comunicación en medicina familiar", Atención Familiar Departamento de Medicina Familiar, UNAM. Año 2005, Septiembre- Octubre 2005, Vol. 12 No. 5
33. Iñiguez Rueda L. "Investigación y evaluación cualitativa: Bases teóricas y conceptuales", Atención Primaria, Mayo 1999, Vol. 23 No. 8. pp. 496-502
34. Fernández MJ, "Métodos y técnicas cualitativas en la investigación en atención primaria", Atención Primaria, Mayo 1999, Vol. 23 No. 8. pp. 453-454.

35. Ribot Catalá, C. "Investigación cualitativa en atención primaria", Una experiencia con entrevistas abiertas, Atención Primaria, Marzo 2000, Vol. 25 No. 5. pp.343-348.
36. Martín Zurro A. "Nuevas perspectivas en la evaluación de la atención primaria; Las metodologías cualitativas", Atención Primaria, Mayo 2000, Vol.25 No. 9. pp. 605
37. Pla M. "El rigor de la investigación cualitativa", Atención Primaria, Septiembre 1999, Vol. 24 No. 5. pp. 295-300.
38. Santos Guerra M. "La observación en la investigación cualitativa" Una experiencia en el área de salud. Atención Primaria, octubre 1999, Vol. 24 No. 7. pp. 425-430.
39. De Andrés Pizarro J. "EL análisis de Estudios cualitativo." Atención Primaria, Enero 2000, Vol. 25 No. 1. pp. 42-46.
40. Fletcher S. "Propósitos y usos de la evaluación de con base en las competencias". En: Shirley F., Editor. Análisis de competencias. Herramientas y técnicas para analizar trabajos, funciones o puestos. México, Panorama Editorial. SA de CV 2000.
41. Ira reunión de consenso académico en medicina familiar de organismos e instituciones educativas de salud. "Elementos esenciales de la medicina Familiar" "Conceptos básicos para el estudio de las Familias código de bioética en medicina familiar". Unidad de seminario "Dr. Ignacio Chávez". Ira ed, 1ro Octubre 2005.
42. El código de Nuremberg, Lineamientos para la realización de investigaciones médicas, publicado en 1946.
43. El reporte de Belmont. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento, publicado el 18 de Abril de 1979.

8. Anexos. "IDENTIFICACIÓN DE DIFICULTADES PARA COMUNICAR MALAS NOTICIAS AL PACIENTE EN MEDICINA FAMILIAR"

Sexo: M F Edad: _____ Años de práctica profesional: _____
 Fecha: _____ Unidad Médica: _____ Médico General ___ Médico Familiar ___

RELATO DEL PRIMER INCIDENTE NEGATIVO

Describa un caso en su Práctica Profesional, en el que comunicó una mala noticia a alguno de sus pacientes.	
¿Cómo lo comunico Usted?	
¿Qué resultados obtuvo?	
De este intercambio comunicativo con su paciente, ¿qué considera usted que influyo para obtener un resultado negativo?	

RELATO DEL PRIMER INCIDENTE POSITIVO

Describa un caso en su Práctica profesional, en el que comunicó una mala noticia a alguno de sus pacientes y familiares.	
¿Cómo lo comunico usted?	
¿Qué resultados obtuvo?	
De este intercambio comunicativo con su paciente, ¿qué considera usted que permitió que el incidente tuviera un resultado positivo?	
Se modifíco o no la relación con su paciente, después de comunicar una Mala Noticia.	