



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Entrenamiento psicológico en la comunicación de malas noticias: una propuesta con estudiantes de medicina”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

MARIÁNGEL ÁGUEDA RAMÍREZ PINEDA

Director: Lic. **Marco Vinicio Velasco Del Valle**

Dictaminadores: Lic. **Mónica Álvarez Zúñiga**

Mtro. **Ángel Francisco García Pacheco**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2016



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.

Agradecimientos

A mis padres y a mis hermanos por su apoyo incondicional.

A mi amiga Flor por sus consejos siempre acertados.

A mi director de tesis el Lic. Marco Vinicio Velasco Del Valle.

Al Mtro. Ángel Francisco García Pacheco.

A la Lic. Mónica Álvarez Zúñiga.

Y por siempre a la UNAM.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
1. SALUD Y ENFERMEDAD	13
1.1 Definición de salud	13
1.2 Definición de enfermedad	16
1.2.1 Aguda	17
1.2.2 Crónica	18
1.2.3 Crónica en etapa degenerativa	19
1.2.4 Crónica en etapa terminal	21
1.3 Dimensión psicológica de la enfermedad crónica y su fase terminal	24
 2. MODELOS DE SALUD-ENFERMEDAD	 26
2.1 Modelo Médico Unicausal y tríada ecológica	26
2.2 Modelo Médico Multicausal y red ecológica	28
2.3 Creencias en salud de Hochbaum y Rosensto, 1958	29
2.4 Análisis existencial de Binswange, 1957	31
2.5 Acción razonada de Fishbein y Ajzen 1980; Comportamiento planeado de Ajzen, 1985.....	32
2.6 Locus de Control en salud de Wallston y Wallston, 1976	33

2.7 Acción en Salud de Tones, 1979	34
2.8 Transteórico del comportamiento de James Prochaska, 1979	35
2.9 Aprendizaje social de Rotter, 1954	38
2.10 Autoeficacia de Bandura, 1977	38
3. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	42
3.1 Estudios relación médico-paciente	46
3.2 Estudios relación psicólogo-paciente	49
3.3 La formación del psicólogo	50
3.4 La formación del médico	52
4. COMUNICACIÓN DE LAS MALAS NOTICIAS	54
4.1 La comunicación de las malas noticias en médicos	54
4.2 El médico ante el sufrimiento	60
4.2.1 Sentimiento de lo inútil	62
5. PROPUESTA DE ENTRENAMIENTO PARA DAR LAS MALAS NOTICIAS EN LA FASE TERMINAL DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA	64
5.1 Entrenamiento para los futuros médicos	64

5.1.1 Objetivo General	64
5.1.2. Objetivos Específicos	65
5.1.3 Participantes	65
5.1.4 Variables.....	66
5.1.5 Instrumentos	67
5.1.6 Procedimiento	69
CONCLUSIÓN	93
BIBLIOGRAFÍA	97
ANEXOS	108

INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud es una oportunidad para las personas enfermas y las personas sanas, es necesario para este efecto tener un sistema de asistencia sanitaria, Silva (2006) menciona que el derecho a la salud es un derecho humano individual y no social. Esto se refiere al derecho a la integridad personal y a que nadie pueda amenazar la vida o la salud de otro.

Por otro lado, no sólo existe el marco de salud y enfermedad. Ésta última tiene diversas implicaciones, ya que no se trata únicamente de que alguien enferme y se recupere, y logre de este modo el ciclo de equilibrio óptimo que espera alcanzar, sino que existe la enfermedad crónica y su fase terminal conocida como enfermedad terminal . La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica o terminal siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas.

El reconocimiento de este hecho ha dado lugar a que los cuidadores profesionales establezcan objetivos de atención concomitantes: el control de la enfermedad y la calidad de vida (Vinaccia y Orozco ,2005). El alcance de la calidad de vida ha evolucionado simultáneamente con la comprensión y el tratamiento médico de las enfermedades crónicas. Pinto (2003) define a la enfermedad crónica como una dolencia permanente, congénita o adquirida, no curable para el conocimiento del momento, que algunas veces puede ser de carácter hereditario o por prolongación de alguna discapacidad.

Por otra parte, la enfermedad terminal, considerándola como una etapa de la enfermedad crónica, es aquella en la que el paciente no tiene “cura”, es la que implica una mayor o menor proximidad a la muerte. Estas enfermedades no sólo afectan a la persona que la sufre sino también al ámbito familiar en el que se desarrolla el enfermo.

La enfermedad terminal según Barreto y Bayés, (1990), se distingue en fase terminal biológica y fase terminal terapéutica. La primera se refiere al momento en que las constantes vitales de la persona son irreversibles por las vías terapéuticas

disponibles, y la segunda, al momento en que se han agotado las posibilidades de recuperación, por lo que el enfermo terminal solo responde al cuidado paliativo.

Gómez (2006, p. 21) dice que “el comportamiento ante la muerte a lo largo de la historia ha estado siempre lleno de ambigüedad, entre la inevitabilidad de la muerte y su rechazo. La conciencia de la muerte es una característica fundamental del hombre. El animal envejece y muere. El hombre también envejece y muere. Sin embargo hay tres diferencias fundamentales: El hombre es el único animal que sabe que envejece. El hombre es el único animal que sabe que ha de morir. El hombre es el único animal al que le duele la vejez y le teme a la muerte”. Lo que crea el problema al hombre entonces no es la muerte, sino la conciencia de saberla inevitable. La muerte es un personaje incómodo al que se desea olvidar, incluso en el hospital. El deseo de olvidar puede tener más éxito para quien no trabaja junto al enfermo, en continuo contacto con la muerte o con la muerte y con su miedo (Gómez, 2006).

Por su parte Silva (2006), menciona que “la palabra terminal es imprecisa y ambigua y los enfermos en esta condición son ubicados en una situación de inferioridad, con muy poca o sin capacidad de decisión”. Es decir, los enfermos terminales tienen en cierto modo pérdida de su humanidad. Al mismo tiempo aparece en ellos el miedo a la muerte, miedo al dolor y pérdida de la capacidad de ordenar su vida, y por tanto se vuelven dependientes, vulnerables y pueden ser manipulables.

La muerte, como se sabe, es un evento inevitable y muy frecuente. Tan sólo la tasa de mortalidad en el 2012 según el INEGI (2014), en México se registraron muertes por:

Principales causas	Defunciones
Total	602354
Enfermedades del corazón	109309
Enfermedades isquémicas del corazón	74057

Diabetes mellitus	85055
Tumores malignos	73240
Accidentes	37727
De tráfico de vehículos de motor	17098
Enfermedades del hígado	33310
Enfermedad alcohólica del hígado	12540
Enfermedades cerebrovasculares	31905
Agresiones	25967
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	18532
Influenza y neumonía	15734
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	14391
Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	6372
Insuficiencia renal	11955
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9414
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	7730
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	5549
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	5172
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	4974
Septicemia	4516
Anemias	3647
Enfermedades infecciosas intestinales	3347
Úlceras gástrica y duodenal	2496
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	10656
Las demás causas	87728

Tabla 1. Tasa de mortalidad en el 2012 por el INEGI.

Por poner otro ejemplo de enfermedad terminal, en 2005, a nivel mundial, de un total de 58 millones de defunciones, 7,6 millones fueron causadas por cáncer. Más del 70% de las defunciones por cáncer se registran en países en desarrollo cuyos recursos disponibles para su prevención, diagnóstico y tratamiento son limitados o inexistentes. Según proyecciones de la OMS, la mortalidad tan sólo por cáncer seguirá aumentando; se calcula que morirán de cáncer 9 millones de personas en 2015, y 11,4 millones en 2030 (OMS, 2007).

Dadas tales cifras tan alarmantes, es preciso pensar en lo importante que es buscar y diseñar métodos que sirvan para disminuir el sufrimiento en las salas de los hospitales, y plantearnos la pregunta ¿qué hacer con el enfermo terminal?, ya que, cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida, incluso para el enfermo terminal.

Es bien sabido que ante la enfermedad o la inminencia de la muerte, el sufrimiento experimentado por los familiares y el mismo enfermo tiende a ser reconocido, por ello cuando nos encontramos en estas situaciones, ya sea la familia, los amigos o los mismos médicos intentan mitigar el sufrimiento, a menudo recomendando terapia psicológica o recurriendo al alivio espiritual.

¿Pero qué pasa con el médico, que permanece largas jornadas junto a un enfermo, viéndolo sufrir y saberse muchas veces impotente ante el enfermo terminal?, ¿cómo le dice a su paciente que va a morir?, ¿quién les enseña a dar las malas noticias? Para responder a éstas preguntas debemos saber que lo primero que surge a raíz de que una persona enferma, es la relación médico-paciente. Se trata de una relación de tipo individual, que sólo se da entre estas dos personas.

Sin embargo, esta relación de médico-paciente no siempre se da de la manera adecuada. Se supone que el profesional de la salud es la persona que debe prodigar no sólo cuidado y tratamiento a su paciente, sino que también debería sentir empatía hacia él. No siempre es así por muchas razones, y la principal de ellas es que el sufrimiento del enfermo puede resultar doloroso incluso para un médico, que de forma inevitable tiene que poner una especie de barrera entre él y

el enfermo para no verse afectado anímicamente.

Esto sucede principalmente cuando se trata de enfermos terminales, pues al no poder garantizar la salud, el médico se siente angustiado e incluso avergonzado. La muerte, según Cornago (2007), constituye un fracaso, y cuando es inevitable, los profesionales de la salud en general, bajan la guardia, y su actitud se vuelve la mayoría de las veces pasiva, ya que la sola visita diaria de los pacientes terminales resulta incómoda, pues al no poder ofrecerles curación tienen la sensación de que ya no se pueden ofrecer nada por su parte. Este temor está presente por el miedo a la muerte, y no sólo lo experimenta el médico que está más cerca del enfermo, sino todas las personas que conviven con él, como familiares, amigos, conocidos, sacerdotes, etc. La muerte adquiere un significado clave en la existencia, es irremediable.

De este modo, se deshumaniza al enfermo, se le aísla en cierto sentido, por la distancia que todos ponen de por medio, y esto acrecienta el sufrimiento del enfermo terminal. El paciente sufre en soledad y en silencio. Esto lo ejemplifica Brusco (1999), al mostrar una carta de una enfermera desahuciada, quien pide que no se le aisle, que por el contrario, le digan la verdad sobre su enfermedad, y también acepten la muerte con ella, “el personal sanitario no quiere ver al moribundo como persona y, por consiguiente no pueden comunicarse conmigo. Yo soy el símbolo de vuestro miedo”...”Si os preocupáis de mí, no me podéis hacer daño”. Esta carta muestra cómo cualquier enfermo prefiere que se le hable con la verdad sobre su enfermedad, que no se le mienta y sobre todo, que no le rehúyan los médicos y las enfermeras, dado que ellos son las personas con quienes convive más durante ese difícil trance.

Según Buela (2008), nadie enseña a los médicos como dar malas noticias, pues durante su residencia u otro tipo de entrenamiento formal o informal, la mayoría de los profesionales de la salud intentan copiar las habilidades que ven utilizar a los “mayores” o modelos de rol, y aún a ellos nadie les enseña a comunicar las malas noticias. La autora destaca que un aspecto muy importante de considerar

respecto al tema, es que durante los cursos de grado no hay materia alguna que incluya en su programa la forma de comunicarse con el paciente, sobre todo en las circunstancias de enfermedades terminales.

Lo que sucede normalmente al dar las malas noticias es que el médico utiliza los recursos de comunicación que adquiere durante toda su vida respecto a su criterio y sus valores y lo que supone que es mejor para el paciente. Al respecto, los médicos han optado por utilizar una herramienta útil para dar las malas noticias, denominado protocolo de seis pasos o etapas para dar malas noticias, descrito por Baile y Buckman en el 2000, que constan de preparar el entorno, averiguar qué sabe el paciente sobre la enfermedad, reconocer lo que el paciente quiere saber de su enfermedad, compartir la información, responder a los sentimientos del paciente y el plan de cuidados (Alves, 2003).

Sin embargo, una acción tan mecanicista de dar las malas noticias no siempre resulta oportuno, pues se deja de lado el hecho de que comunicar malas noticias no sólo es cuestión de transmitir información a un paciente o a sus familiares, sino que repercute en ellos y en el conductor mismo de las malas noticias, muchas veces afectando la relación médico-paciente e incluso el mismo proceso de adherencia terapéutica del enfermo, y por consiguiente su calidad de vida. Por lo tanto, es necesario saber cómo ayudar al médico a abordar la misión de comunicar las malas noticias de manera adecuada, y a superar no sólo sus propias limitaciones y preocupaciones, sino realizar una labor de carácter humano, responsable y ético con sus pacientes y sus familiares.

El trato ideal del equipo sanitario que se acerca al paciente terminal debe ser desde la humildad y el afecto, contando con el fracaso final, pero también con la convicción y el sentido de responsabilidad, de que su valor va a ser decisivo para conseguir una calidad de vida lo más aceptable posible y una muerte con el mínimo sufrimiento (Cornago, 2007). No obstante hay un límite, y tampoco es recomendable caer en excesos de tipo emotivo por parte del médico, pues eso podría afectar su desempeño profesional. Lo que se espera, ante todo, es una adecuada dosis de

compasión y respeto del personal médico hacia el enfermo, lo cual le haría menos difícil aceptar la muerte.

Por otro lado, respecto a cómo dar las malas noticias, Gómez, S. M. (2006, p. 48) dice que anteriormente, los derechos individuales no estaban desarrollados como ahora. “En estas condiciones es fácil imaginar que el médico decidiera lo que era bueno para el enfermo y le protegiera de las malas noticias. El médico podía pensar legítimamente que el daño que iba a causar diciendo la verdad aumentaría la ansiedad del enfermo, preocuparlo más, desesperaría de curarse y dejaría de luchar por vencer la enfermedad... A todos nos gusta dar buenas noticias y a nadie nos gusta dar las malas y los médicos no son una excepción. De hecho, el médico sufre cuando tiene que hacerlo”.

Es evidente, entonces, que dar las malas noticias a un paciente terminal es una tarea difícil para el profesional de la salud, y se tiene que tomar en cuenta que cualquier decisión que tome el médico repercutirá no solo en la vida del paciente terminal y en la de su familia, sino en él mismo. Dice el Dr. Rebolledo (2006, p. 17) “el dolor de enfrentar el dolor y no poderlo decir, de inhibir respuestas, de reprimir reacciones, de justificar acciones que incluso causan más dolor, es parte del dolor del médico”, es decir, el médico se encuentra en una situación en la que debe cuidar al enfermo terminal, pero muchas veces se olvida de él mismo y es afectado anímicamente, y surge en él un sentimiento de lo inútil, una sensación dolorosa cuando se quiere ayudar pero la ayuda no alcanza para el otro.

Por todo lo anterior se conocen diversos modelos de comunicación de las malas noticias, pues es una práctica inherente a la medicina. Las guías elaboradas para realizar esta tarea poseen un gran valor aun cuando constituyen orientaciones globales que deben ser adaptadas a cada situación particular pues ningún caso ya se trate de gripe común o de cáncer se debe presentar a la ligera.

Según Bascuñán, Roizblatt, y Roizblatt (2007) existen otros procedimientos para dar las malas noticias, como dar la noticia de a poco, dar la noticia de manera directa, estrategia de peores escenarios e informar lo que se pregunta. Todos estos

procedimientos en su mayoría aprendidos por los médicos con base en su experiencia y no en una formación profesional.

Dado que en la actualidad no se cuenta con una formación pertinente para que el médico dé las malas noticias referentes a las enfermedades terminales, es imprescindible proponer estrategias para tal efecto.

Entonces, ¿Cuál es el papel del psicólogo ante tal problemática? El psicólogo formado en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala tiene como funciones centrales construir, y aplicar crítica y reflexivamente conocimientos, metodologías y técnicas proporcionados por la psicología y sus diferentes aproximaciones teóricas, así como por ciencias afines, con un alto sentido de responsabilidad profesional, proponiendo soluciones e ideas innovadoras en aras de reducir situaciones de riesgo personal y social; considerando que su campo de intervención es tan amplio que engloba varias ocupaciones y un número importante de puestos de trabajo.

Por lo tanto, dado que el psicólogo es un profesional apto y capaz de proponer soluciones, en este caso para dar las malas noticias de una manera adecuada, a ellos correspondería diseñar las estrategias, las cuales deberán ser impartidas a manera de talleres. De esta manera, los futuros médicos, es decir, estudiantes de medicina podrán tener acceso a una mejor formación respecto a cómo dar las malas noticias. De igual modo, el personal médico de distintas instancias hospitalarias también podrá contar con talleres del mismo tipo.

Por lo tanto el objetivo de ésta tesis es hacer una propuesta tecnológica de entrenamiento para médicos sobre cómo dar malas noticias de una manera adecuada.

1. SALUD Y ENFERMEDAD

A lo largo de nuestra vida el estado de salud y enfermedad es una constante preocupación de la humanidad. Es difícil poder definir o explicar el concepto de salud, ya que anteriormente se consideraba a la salud como la ausencia de la enfermedad. Como sabemos, la salud no es un concepto ajeno a cada individuo, pues desde siempre hemos aprendido a identificar cuando estamos sanos o cuando no, pero ¿qué es lo que realmente significa salud?, el concepto varía mucho respecto de cada persona, en tanto que no significa lo mismo para un profesor, un trabajador, un estudiante o cualquier persona, que para un médico, o sea que el concepto de salud es muy diverso debido a las diferentes formaciones profesionales, contextos sociales, culturales, tradiciones, creencias, momentos históricos etc., y es por esto que resulta necesario conocer diferentes concepciones de la salud.

1.1 Definición de salud

La concepción de salud ideal más conocida es la definición de la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1948, rescatada por Beaglehole, Bonita, y Kjellström (1994), quienes mencionan que quizás es la definición más ambiciosa de la salud, pues se establece que: "salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad". Esta definición, aunque criticada por las dificultades que implica definir y medir el bienestar, sigue siendo un ideal y la ideal ya que así como la OMS ha tomado la Salud como un derecho, que incluye el derecho al cuidado durante la enfermedad, es una guía para cada individuo pues además el derecho a la salud se expresa en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en diciembre de 1948, en la Asamblea General de las Naciones Unidas, donde se establece que todo hombre tiene derecho a conservar su salud y, en caso de que se enferme, a poseer los medios para curarse.

Desde el punto de vista más lógico y recurriendo al significado del lenguaje, una definición de salud que ha sido globalmente utilizada es la que se encuentra en el diccionario de la RAE (Real Academia Española de la Lengua), el cual se refiere a la salud como “el estado en el que un ser orgánico ejerce normalmente sus funciones”, aunque esta definición de salud es bastante vaga, imprecisa y cuantificable.

Ahora bien, según Quintero (2007), la salud es considerada en nuestros días como un recurso para la vida y no el objetivo de la vida, en el cual, estar sano es la capacidad para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales de cada individuo.

Por otro lado, existen concepciones sobre la salud respecto a varias disciplinas e instituciones que tienen que ver con ella, las médicas, las sociales y la concepción de salud ideal. Kornblit y Diz (2000) describe que las concepciones médicas de la salud surgen desde el punto de vista de la medicina y se dividen en:

- Concepción somático-fisiológica. Que hace referencia a la enfermedad en el organismo físico, es decir, la salud es definida como el bienestar del cuerpo y del organismo físico, y la enfermedad es el proceso que altera este bienestar, así pues, si el organismo físico no posee alteraciones visibles, existe salud y solo cuando haya una alteración del organismo existirá enfermedad.
- Concepción psíquica de la salud. Que refiere al reconocimiento de la relación entre el cuerpo y la psique en el organismo humano, es decir, la salud es vista como la subjetividad y la indeterminación de sus manifestaciones, en comparación con las manifestaciones somáticas del cuerpo, es la experiencia subjetiva frente a la que el médico no puede aducir pruebas "objetivas" de salud como ausencia de gérmenes u otras causas patógenas, resultado de análisis y comprobaciones clínicas.
- Concepción sanitaria de la Salud. Es la que enfatiza la salud colectiva de una población más que en la salud individual, como en las dos concepciones

descritas anteriormente. Se caracteriza por tener un enfoque preventivo de los problemas de diversos grupos sociales diferenciados por edad, sexo, nivel socioeconómico, etc. Realiza generalizaciones, a semejanza del diagnóstico individual de la medicina clínica, orientadas a identificar el grado de salud o de enfermedad de una comunidad. En esta concepción la salud es vista como un parámetro dentro de las medidas establecidas como saludables respecto al medio ambiente físico y las personas que ocupan dicho medio, según edad, sexo, residencia, trabajo, etc., y al contrario, la enfermedad se considera lo que no obedece estos parámetros.

Ahora, las concepciones sociales responden a diferentes enfoques disciplinares, según el derecho, la economía o la sociología.

- Concepción político-legal de la salud. Considerada como un bien general que interesa a todos. Cuando este bien es tutelado por el ordenamiento jurídico de un país, se convierte en derecho exigible por los ciudadanos. Jurídicamente, más que de un derecho a la salud habría que hablar de un derecho a la integridad física, lo cual supone la protección por parte del Estado en aquellos casos en que la integridad pueda verse en peligro. A este derecho a la integridad física corresponde el deber y la obligación de mantenerla, reconocidos por todos los códigos penales, que, por lo tanto, identifican como delitos los actos que atentan contra ella. Esta concepción de la salud se extiende a todas las latitudes y los sistemas políticos y, aunque las variedades de su reconocimiento como derecho sean diferentes entre diversos sistemas, existe un consenso común universal en la concepción político-legal de la salud que se reconoce en la Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Concepción económica de la salud. Es aquella que se impone en el mundo desarrollado debido a la importancia que la salud posee para la eficacia del factor humano en los procesos productivos, a los que aporta un elemento único y costoso. En la situación actual, el factor humano ha pasado a constituir un elemento estratégico de los procesos productivos, de ahí la importancia de mantener la "productividad humana", para lo cual es

necesario contar con una "buena salud" que garantice que una persona es apta para el trabajo.

- Concepción cultural. Es la que hace referencia al estado de aptitud para el desempeño de roles sociales, que se define tan variadamente como numerosos son los roles en la sociedad, es decir, que cada grupo social, sea tan extenso como una nación o tan reducido como un grupo familiar, poseerá una definición peculiar de salud establecida de acuerdo con lo que se considera "normal" en dicho grupo, y que esta definición influye activamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a tal grupo.

Finalmente, la concepción de salud óptima responde a la definición teórica de una situación deseable en salud que sirve de guía para que en los actos cotidianos se pretenda alcanzar aquellos objetivos que conllevan a la vida saludable. Entonces, la salud, además de un estado de bienestar, es también considerada como un derecho, pues Silva (2006), también menciona que el derecho a la salud es un derecho humano individual y no social, es decir, la salud no sólo se refiere al estado biológico del cuerpo en equilibrio sino al derecho a la integridad personal y a que nadie pueda amenazar la vida o la salud de otro. Por lo tanto el derecho a la salud es el primero de los derechos de los enfermos pues constituye un derecho individual, ya que para que haya salud es necesario que haya asistencia sanitaria.

1.2 Definición de enfermedad

Según Battistella (2007), salud y enfermedad son diferentes grados de adaptación del hombre frente al medio, los modos y estilos de vida son influidos y a su vez influyen en la actividad del hombre como ser social. En este constante cambio y en la búsqueda de un equilibrio entre el hombre y el ambiente giran los

conceptos de salud-enfermedad. Y como es muy dinámico se habla del “proceso salud enfermedad”.

Respecto a la enfermedad, San Martín (1981), señala que la ésta es considerada como un desequilibrio biológico ecológico, es decir como una falla de los mecanismos de adaptación a partir de una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto el organismo, además este proceso termina por producir una perturbación de la fisiología y/o de la anatomía del individuo.

Del mismo modo Peña y Paco (2003), definen a la enfermedad como aquel estado caracterizado por valores anormales de las funciones del cuerpo, que afectan a todo el sistema del ser humano, además de que es un concepto operativo, que sirve para prevenir, diagnosticar y pronosticar diferentes estados potenciales de enfermedad, en función a reglas y leyes de la medicina.

Entonces, durante esta tesis la enfermedad se entenderá como el proceso de desequilibrio que opuesto a la salud, su efecto irremediamente es negativo consecuencia de una alteración o desarmonización de un sistema en el organismo a cualquier nivel, ya sea físico o emocional. Existen diferentes tipos de enfermedades, como son las agudas, crónicas, crónicas degenerativas y crónicas en etapa terminal o terminales.

1.2.1 Aguda

Según el Diccionario de Rehabilitación y de la Integración Social (2014), la enfermedad aguda es aquella condición anormal del cuerpo o de alguna parte del mismo, que manifiesta síntomas más o menos violentos. Sin embargo, a pesar de lo agresivo de los síntomas y el malestar, la enfermedad aguda se termina después de un periodo relativamente breve por la recuperación o la muerte, es decir, la enfermedad aguda tiene un proceso de salud enfermedad muy corto y sea cual sea

su desenlace, el enfermo no se enfrenta a un proceso largo e interminable de recuperación o de muerte.

A diferencia de la enfermedad crónica de la que más adelante hablaré, la enfermedad aguda se caracteriza además de un inicio y un fin claramente definidos, por no establecer la gravedad de la enfermedad de manera tajante, ya que existen enfermedades agudas banales como por ejemplo los resfriados comunes, la gripe, la tos, etc., aunque también pueden ser enfermedades agudas muy graves como los infartos al corazón. De modo que las enfermedades agudas son aquellas que se definen por su tiempo de evolución y no por su gravedad, y pueden o no dejar secuelas.

1.2.2 Crónica

Pinto (2003) define a la enfermedad crónica como una dolencia permanente, congénita o adquirida, no curable para el conocimiento del momento, que algunas veces puede ser de carácter hereditario o por prolongación de alguna discapacidad.

Vinaccia y Orozco (2005) citan a la OMS, 1979, refiriéndose a la enfermedad crónica como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica. Los trastornos o enfermedades crónicas varían desde los relativamente benignos, como una pérdida parcial que pueda ser auditiva, visual, sensitiva, etc., hasta enfermedades graves como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades músculo-esqueléticas, etc, que desde el punto de vista estadístico son las que mayor número de personas desarrollará, conllevando algún tipo de incapacidad que pueda llegar a ser causa de muerte.

La OMS (2014), identifica a las enfermedades crónicas como aquellas de larga duración y por lo general de progresión lenta. Y según sus estadísticas, las enfermedades crónicas, específicamente las cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad.

Otro ejemplo de lo que implican las enfermedades crónicas son las estadísticas que nos presenta la OMS (2013), acerca de la ceguera y la discapacidad visual, mencionando que aproximadamente 285 millones de personas sufren de enfermedades crónicas por discapacidad visual, de las cuales 39 millones son totalmente ciegas y 246 millones presentan baja visión, y aproximadamente un 90% de la carga mundial de discapacidad visual se concentra en los países en desarrollo. Respecto a la edad, la OMS menciona que el 82% de las personas que padecen ceguera tienen 50 años o más, es decir, es una población vulnerable respecto a la salud, ya que la mayoría de estas personas deberán tratarse, además de la ceguera, de otras enfermedades, haciendo inevitable el proceso médico en sus vidas.

1.2.3 Crónica en etapa degenerativa

Sabiendo que la enfermedad crónica aumenta su prevalencia a medida que la población envejece también aumenta la enfermedad incapacitante, es decir, por lo general, las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores no son curables y, si no se tratan adecuada y oportunamente, tienden a complicarse y crear secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas (Menéndez, Guevara, Arcia, León, Marín y Alfonso, 2005).

Por ejemplo, la OMS (2011), menciona que una de las enfermedades crónicas degenerativas más devastadoras es la drepanocitosis y otras

hemoglobinopatías que son enfermedades genéticas de la sangre, debidas a la herencia de genes mutantes de la hemoglobina por parte de ambos progenitores, que generalmente están sanos, y aproximadamente un 5% de la población mundial es portadora de genes causantes de hemoglobinopatías y cada año nacen más de 300 000 niños con hemoglobinopatías graves.

Así mismo, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), se ha convertido en representante de las enfermedades crónicas degenerativas, debido a que como dice la OMS (2012), altera la respiración normal y es potencialmente mortal, pues comparada con la gravedad de la tos del fumador es más grave que ésta. Se calcula que hubo 64 millones de personas con EPOC en el 2004. Además en 2005 murieron por esta causa más de 3 millones de personas, lo cual representa un 5% de todas las muertes registradas ese año, un dato que evidencia la gran cantidad de personas que requieren un servicio médico por enfermedades crónicas degenerativas.

Como se mencionaba anteriormente, las enfermedades crónicas, al igual que las crónicas degenerativas afectan por igual a ambos sexos, específicamente las EPOC, debido al aumento del consumo de tabaco entre las mujeres de los países de ingresos elevados. La EPOC no es curable, pero el tratamiento puede retrasar su progresión. A pesar de que las EPOC son enfermedades que pueden prevenirse, La OMS prevé que, en ausencia de intervenciones para reducir los riesgos, y en particular la exposición al humo del tabaco, las muertes por EPOC aumentarán en más de un 30% en los próximos 10 años.

Ahora bien, la degeneración de la salud por epilepsia es bien conocida, ya que al igual que las enfermedades anteriores, éste es un trastorno neurológico crónico, caracterizado por convulsiones recurrentes, que afecta a personas de todas las edades. Se calcula que en el mundo hay aproximadamente 50 millones de personas con epilepsia y cerca del 80% de los pacientes proceden de regiones en desarrollo, es decir, no es cuestión de posición social o estilo de vida. A pesar de que la epilepsia responde al tratamiento en aproximadamente un 70% de los casos,

alrededor de tres cuartas partes de los afectados residentes en países en desarrollo no reciben el tratamiento que necesitan, llegando a ser víctimas de la estigmatización y la discriminación en muchas partes del mundo.

La OMS en 2012, estima que de la población general con epilepsia activa (es decir, ataques continuos o necesidad de tratamiento) en algún momento oscila entre 4 y 10 por 1000. Sin embargo, algunos estudios realizados en países en desarrollo indican que la proporción es de 6 a 10 por 1000, provocando que el riesgo de muerte prematura en personas con epilepsia sea dos a tres veces mayor que en la población general.

Por lo tanto, la salud no puede ser cuantificable en medida de términos de presencia o ausencia de enfermedad, pues se debe valorar también el grado de conservación de la capacidad funcional. La discapacidad, como efecto de la enfermedad crónica o viceversa, acarrea el riesgo de muerte, independientemente de la edad, el sexo y de la presencia de otras afecciones.

Por otro lado, aunque la mayoría de las personas de edad avanzada con enfermedades crónicas no transmisibles mantienen su capacidad funcional, el grado de discapacidad aumenta con la edad y con ello la enfermedad crónica se vuelve degenerativa y en algún momento de la vida se convierte en terminal.

1.2.4 Crónica en etapa terminal

La enfermedad terminal es el final de la etapa crónica, justo cuando es irreversible o no se pueden detener los efectos de la enfermedad y únicamente se realizan cuidados paliativos, es la fase de la enfermedad que implica una mayor o menor proximidad a la muerte (Pinto, 2003).

La enfermedad terminal según Barreto y Bayés, (1990), se distingue en fase terminal biológica y fase terminal terapéutica. La primera se refiere al momento en que las constantes vitales de la persona (pulso, presión arterial, temperatura,

respiración y consciencia) están por debajo de los límites normales y son irrecuperables por las vías terapéuticas disponibles, y la segunda, al momento en que la enfermedad ha progresado hasta tal punto que los tratamientos, o se han agotado o son ineficaces. En otras palabras, enfermo terminal es aquél no susceptible de tratamiento activo sino paliativo.

Silva (2006), menciona que “la palabra terminal es imprecisa y ambigua y los enfermos en esta condición son ubicados en una situación de inferioridad, con muy poca o sin capacidad de decisión”, es decir los enfermos terminales tienen en cierto modo pérdida de su humanidad. Al mismo tiempo aparece en ellos el miedo a la muerte, miedo al dolor y pérdida de la capacidad de ordenar su vida, y por tanto se vuelven dependientes, vulnerables y pueden ser explotables.

Según Hernández, González, Fernández e Infante (2002), las enfermedades crónicas no transmisibles y los accidentes constituyen en la actualidad las principales causas de muerte en México, es decir, tanto las enfermedades crónicas como las discapacidades por accidentes pueden conducir a un estado terminal más o menos prolongado, ejemplo de esto es el cáncer, la arteriosclerosis, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las enfermedades crónicas y otras enfermedades degenerativas.

Por esto, una forma de mostrar los efectos adversos de la enfermedad terminal, es a partir de ahondar en cuáles han sido las estadísticas de algunas de las muchas enfermedades terminales respecto a la población, evidenciando la eminente necesidad de un tratamiento médico aunque ya no activo pero sí paliativo.

Una enfermedad que en fase terminal y debido a las comorbilidades que desencadena aqueja a la población mundial es el alcoholismo, y aunque ésta puede evitarse a partir del control sobre el consumo de sustancias alcohólicas, es increíble la gran cantidad de personas que mueren por su causa, tan sólo cada año mueren en el mundo 3,3 millones de personas a consecuencia del consumo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. La OMS (2014), menciona que el uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y

trastornos. El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana y por lo tanto cuidado médico activo o paliativo inminentemente. Solamente en la población de 20 a 39 años, las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol en un 25 %.

Por otro lado, el cáncer, cuando es irreversible y entra a etapa terminal es considerado por la OMS (2015) como el más devastador, pues es la principal causa de muerte a escala mundial. Se le atribuyen 8,2 millones de defunciones ocurridas en todo el mundo en 2012. El cáncer, al ser la principal causa de muerte a escala mundial se divide según sus tipos en:

- Pulmonar, con 1,59 millones de defunciones;
- Hepático, con 745 000 defunciones;
- Gástrico, con 723 000 defunciones;
- Colorrectal, con 694 000 defunciones;
- Mamario, con 521 000 defunciones;
- De esófago, con 400 000 defunciones.

Otra enfermedad crónica que en etapa terminal azota a nuestro país es la diabetes mellitus, pues a partir del 2000, ha sido “la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres (después de la cardiopatía isquémica, enfermedad resultante muchas veces de la diabetes). Contrario a lo observado con otras afecciones (como la cirrosis hepática), la tasa de mortalidad por diabetes mellitus aumentó desde el año 2000 al 2003. En las mujeres, la tasa se incrementó 17.1% (de 51.2 a 61.8 por 100 000 habitantes) y en los hombres el ascenso fue de 22.2% (de 42.2 a 51.6 por 100 000 habitantes). En 2003, la diabetes representó 12.6% de todas las muertes ocurridas en el país y la edad promedio al morir fue de 66 años. Además, la diabetes es la causa más frecuente de ceguera, insuficiencia renal terminal, amputaciones no traumáticas e incapacidad prematura, tanto en México como en la mayoría de los países (Olaiz, Rojas, Aguilar, Rauda y Villalpando, 2007).

1.3 Dimensión psicológica de la enfermedad crónica y su fase terminal

Las enfermedades crónicas y terminales tienen muchas implicaciones que no sólo afectan a la persona que la sufre, sino que también influyen en el ámbito familiar en el que se encuentra el enfermo. En la actualidad se acepta que, tanto la salud como la enfermedad, están condicionadas por situaciones que rebasan los estrechos límites del cuerpo y que tienen que ver con el comportamiento individual, el entorno natural y social en el que el individuo vive, así como los determinantes económicos de su propia realidad, es decir, se determina la condición de vida.

Cada individuo manifiesta estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de su condición de enfermo, debido a las limitaciones o cambios que la enfermedad le impone y las exigencias de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos a los que debe someterse, además de la percepción y evaluación que hace de su pronóstico y el impacto que la enfermedad trae para su vida actual y futura (García y Rodríguez, 2007).

La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica o terminal siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. El reconocimiento de este hecho ha dado lugar a que los cuidadores profesionales establezcan objetivos de atención concomitantes: el control de la enfermedad y la calidad de vida (Vinaccia y Orozco, 2005). El alcance de la calidad de vida ha evolucionado simultáneamente con la comprensión y el tratamiento médico de las enfermedades crónicas y terminales.

Puede decirse que hasta hace muy poco, el tratamiento médico de la enfermedad crónica y terminal se dirigía fundamentalmente al remedio de los síntomas y, si era posible, a la prolongación de la vida de los enfermos. Durante los años 60 y 70 del pasado siglo, los indicadores materiales del bienestar humano evolucionaron hacia la consideración de indicadores psicológicos y sociales, por lo cual la calidad de vida se abrió a las dimensiones psicosociales y no tanto a las económicas. Este hecho ejerció una notable influencia en el campo de la salud, contribuyendo a asumir que no sólo era importante la curación de la enfermedad,

sino el logro de una vida más funcional y satisfactoria para las personas aquejadas de enfermedades crónicas. De aquí que comenzara a utilizarse el término “calidad de vida” como un objetivo a alcanzar a partir de tratamientos o procesos de rehabilitación. La evaluación de la calidad de vida se utiliza desde entonces como un indicador de la evolución de cada paciente. No obstante, la relación calidad de vida-salud es recíproca. No sólo los procesos de salud influyen en la calidad de vida, sino que ésta influye en los niveles de salud (García y Rodríguez 2007).

Por otro lado, la calidad de vida y los estilos de vida no son lo mismo, pues como ya expliqué, la calidad de vida concordando con (Schwartzmann, 2003) es tomar en cuenta la percepción del paciente, sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones respecto a su salud, por lo tanto la calidad de vida es vista como un objetivo que debe perseguirse por parte de los profesionales de la salud y del mismo enfermo a partir de los estilos de vida, que según Guerrero y León (2010) son los modos de vivir a partir de los ámbitos del comportamiento, las costumbres y están moldeados por la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales, los cuales deberán ser modificados por el enfermo a partir de su padecimiento, es decir, los enfermos que desean lograr una mejor calidad de vida deben modificar su hábitos alimenticios, cuidar de dormir lo suficiente, moderar el consumo de sustancias nocivas o suspenderlas, hacer ejercicios adecuados a su condición, tener un seguimiento de tratamientos farmacológicos y desde luego responsabilizarse de su autocuidado.

Por todo lo anterior es evidente que el proceso de salud-enfermedad depende de en gran parte de los modos de vivir de cada persona y las acciones que decidan tomar respecto a su vida y su condición de salud-enfermedad. Sin embargo, no debemos dejar de lado que en este proceso tendrán un papel fundamental los profesionales sanitarios, quienes de igual forma dependiendo de sus modos de vivir, es decir, dependiendo de los modelos de salud y enfermedad que empleen, comprenderán de mejor manera las diversas situaciones en la que se encuentran los enfermos, y es así como modificaran su comportamiento, por ejemplo, a la hora de dar las malas noticias.

2. MODELOS DE SALUD ENFERMEDAD

Los modelos teóricos son conjuntos de elementos teóricos y conceptuales que representan un aspecto de la realidad que ofrecen la oportunidad directa para la revisión de ideas y acciones. Entonces, los modelos de salud y enfermedad facilitan a los médicos la comprensión y explicación de la situación en la que se encuentran los enfermos, así mismo sirven de referencia para adecuar intervenciones que ayuden a mejorar los estilos de vida y los patrones de conducta saludable.

Para este capítulo se presentarán todos los modelos existentes sobre salud-enfermedad, sólo se señalarán aquellos modelos más importantes y más usados en las investigaciones, en los que se incluyen los modelos en que estará basada mi propuesta tecnológica de entrenamiento para médicos sobre cómo dar malas noticias de una manera adecuada.

2.1. Modelo Médico Unicausal y Triada ecológica.

Como ya se explicó, existen numerosos modelos que intentan explicar la relación entre la salud y la enfermedad, tal es el caso del modelo Unicausal y el de la Triada ecológica desarrollado en la segunda mitad del siglo XIX por Pasteur y Koch, los cuales, según Arredondo (1992), se explican a partir de la presencia activa de agentes externos, es decir, la salud o la enfermedad son respuesta de éstos.

Para entender un poco más sobre el modelo Unicausal, Cabrera (2007) hace referencia a la particularidad precedente del concepto de causa, que es la percepción seguida de la noción de la correspondencia uno a uno entre la causa y el efecto de lo observado, es decir “cada causa aparente parece ser necesaria y suficiente en sí misma para producir efecto en su realidad empírica”, sin importar que las causas sean o no evidentes.

2.2. Modelo Médico Multicausal y red ecológica

Así como el modelo Unicausal y de triada ecológica menciona que la influencia simultánea de factores que modifican al agente, al huésped y al ambiente, son condicionantes del estado de salud o enfermedad de los individuos, el modelo multicausal se expande, es decir, éste modelo que aparece en los 50's con Hugh Rodmor Leavell y Gurney Clark, no sólo rescata la premisa de la interrelación entre la triada ecológica sino que hace un análisis de las variables que incluyen en más de un factor participante en el fenómeno salud-enfermedad, sobre los cuáles se puede actuar preventivamente.

Arredondo (1992) nos dice que el modelo multicausal tiene la principal desventaja de que no establece el peso específico de cada factor o causa y continúa un énfasis sobre lo biológico e individual, mientras que lo social aparece incluido en el entorno. Por lo tanto, se habla de una causalidad multifactorial de las enfermedades cuando consecuentemente la red de causalidad o red ecológica (las variables) denota el proceso de determinar qué tanto las asociaciones entre el agente, huésped y ambiente tienen la probabilidad de ser influenciados o modificados y llegar a la enfermedad.

A diferencia del modelo Unicausal y de triada ecológica, en este modelo se enumeran las diversas causas que determina la enfermedad como los factores de prevención que pudieron fallar, así como las distintas variables ya sean sociales, ambientales u orgánicas que pudieron intervenir en el desequilibrio del huésped y nada más.

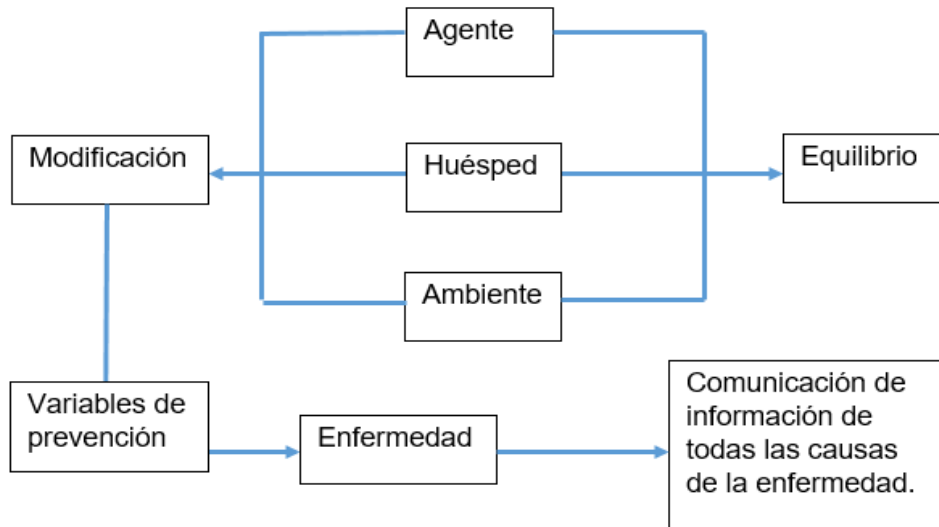


Figura 2. Esquema del modelo Multicausal y Red Ecológica de Hugué Rodmó y Leavell y Gurney Clark de los años 50's.

2.3 Creencias en salud de Hochbaum y Rosenstok 1958

Teniendo en cuenta que los modelos de salud-enfermedad son maneras de ver la realidad e interferir en el proceder de las personas, pues como dice Cabrera, Tascón y Lucumí (2001), “el uso de una teoría o un modelo ayuda, por ejemplo, a entender mejor la naturaleza de las necesidades, motivaciones y prácticas de las personas así como características y dinámica del contexto en que ocurren”, éstos también tienen la función de proporcionar herramientas para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, ya que muchas de las enfermedades están relacionadas con el comportamiento y el estilo de vida de los individuos. Uno de los principales requerimientos para un marco referencial en el área de la prevención y promoción de la salud es ayudar a explicar cómo las personas construyen o modifican sus decisiones y acciones individuales, grupales o en masa.

Hochbaum y Rosenstok, en 1958, desarrollaron el modelo de Creencias en Salud para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerado

éste como el resultado de la interacción entre las creencias que las personas tienen, es decir, el modelo de Creencias en Salud relaciona teorías psicológicas de construcción o de toma de decisiones, basadas en motivación y percepción del individuo, en teorías de estímulo-respuesta y en teorías cognitivas para intentar explicar la acción humana frente a situaciones de elección de alternativas, de opción comportamental con implicaciones en la salud, como por ejemplo el dar las malas noticias.

Este modelo señala Cabrera (2007), es “la percepción individual de susceptibilidad frente a amenazas, riesgos, condiciones o resultados adversos a la salud; esta percepción genera la fuerza motivacional necesaria para desencadenar la adopción o el cambio comportamental”, es decir que una persona puede prevenir la enfermedad o actuar de acuerdo a ella dependiendo de tres creencias principales:

- la susceptibilidad o posibilidad para sufrir la enfermedad (percepción subjetiva del riesgo de contraer una determinada enfermedad);
- la severidad o seriedad de la enfermedad si ésta se presenta (la severidad misma de la enfermedad y la severidad de sus efectos físicos, sociales, económicos, laborales, mentales, entre otros);
- el beneficio o efectividad de llevar a cabo una acción preventiva que reduzca su susceptibilidad o severidad, superando las barreras o costos psicológicos, económicos, geográficos e, incluso, de dolor de tomar dicha acción.

Este modelo toma en cuenta además los factores modificantes (demográficos, psicosociales, estructurales) y el de las claves para la acción (consejos de familiares o amigos, campañas masivas, experiencias con la enfermedad) pues son indispensables a la hora de actuar o tomar una decisión respecto a la enfermedad o, en el caso de los médicos, el comunicado de ésta a la hora de dar las malas noticias.

En resumen, en la actualidad la hipótesis del modelo de Creencias en Salud se basa en tres premisas:

- la creencia o percepción de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración;
- la creencia o percepción de que uno es vulnerable a ese problema;
- la creencia o percepción de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable (Soto, 1997).

2.4 Análisis Existencial de Binswanger, 1957

El movimiento existencial plantea que las cosas no deben ser explicadas, sino vividas, así que lo que se pretende es recuperar la experiencia como centro de la atención filosófica y humana. En el ámbito de la medicina, el existencialismo fue retomado por Binswanger en 1957, en el análisis existencial de la anorexia nerviosa, y éste fue continuado por Kuhn, y otros.

Según Figueroa (2012, p.50) el modelo de Análisis Existencial en la anorexia nerviosa se explica con este ejemplo “ser anoréctica es llevar a cabo y realizar un proyecto de mundo anoréctico, arrojada en una serie de condicionamientos que no escogió ni decidió pero que inexorablemente le hacen frente, y en medio del tráfago de las cosas, criaturas y seres humanos. Lo que transforma la expresión de “tener” una anorexia, propio de la ciencia natural, en “ser” anoréctica; o lo que es igual, de poseer “características”, “propiedades” o “rasgos” anorécticas a proyectarse en sus “posibilidades” existenciales anorécticas. La anorexia no es un atributo, no es una condición, es una posibilidad de ser”.

Por lo tanto, el modelo de Análisis Existencial se basa principalmente en tres condiciones, la primera el “ser” que es entendida como el lugar que se tiene en el mundo bajo ciertas condiciones y posibilidades de enfermedad; la segunda el “vivir”, se entiende como lo que no transcurre mecánicamente, sino que se vivencia y se sufre en la enfermedad; y la última condición de “autorización a ser uno mismo” que se explica a partir de poder conducirse a uno mismo desde la consideración, justificación y apreciación de los valores de cada persona.

2.5 Acción razonada de Fishbein y Ajzen 1980; Comportamiento planeado de Ajzen 1985

Estos modelos de salud-enfermedad tienen como base la percepción del control de la conducta a seguir, por lo que son complementarios, debido a que es un elemento central en la predicción de las consecuencias en la salud.

El modelo propuesto por Ajzen y Fishbein (1980), asume que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes están bajo el control volitivo del individuo y que siendo el ser humano un ser racional que procesa la información que dispone en forma sistemática, utiliza dicha información estructurada para formar la intención de realizar o no una conducta particular. La intención se refiere a la decisión de ejecutar o no una acción específica, ya que es considerada la pieza de información más importante para la predicción de una determinada conducta por ser la más inmediata al comportamiento (Stefani, 2005).

Según Rovira, Landa, Pacheco y Canelón (1994), Ajzen y Fishbein plantearon un modelo actitudinal en 1980, basado en la teoría de acción razonada. En este modelo de actitudes el sujeto es visto como un tomador racional de decisiones, que posteriormente se comporta de acuerdo a la valorización de los resultados de sus comportamientos y de las expectativas que tiene sobre ese comportamiento en relación a lograr ciertos resultados. El modelo de Acción Razonada integra además la racionalidad cultural o normativa, entendida como la opinión de los otros, favorable o desfavorable respecto a la conducta específica y de ahí el sujeto toma en cuenta la motivación a seguir tales opiniones.

Al respecto, García (2012), dice que desde la orientación de las teorías de la Acción Razonada y la Conducta Planeada, se persigue la predicción del comportamiento a través de la norma subjetiva y las actitudes, medidas mediante la intención. Siguiendo este esquema podría configurar la percepción de riesgo incluyendo los elementos de la teoría donde el desarrollo subjetivo estaría mediado por la evaluación de las consecuencias del riesgo, las actitudes dirigidas hacia el riesgo, la percepción de riesgo de los demás y la norma subjetiva.

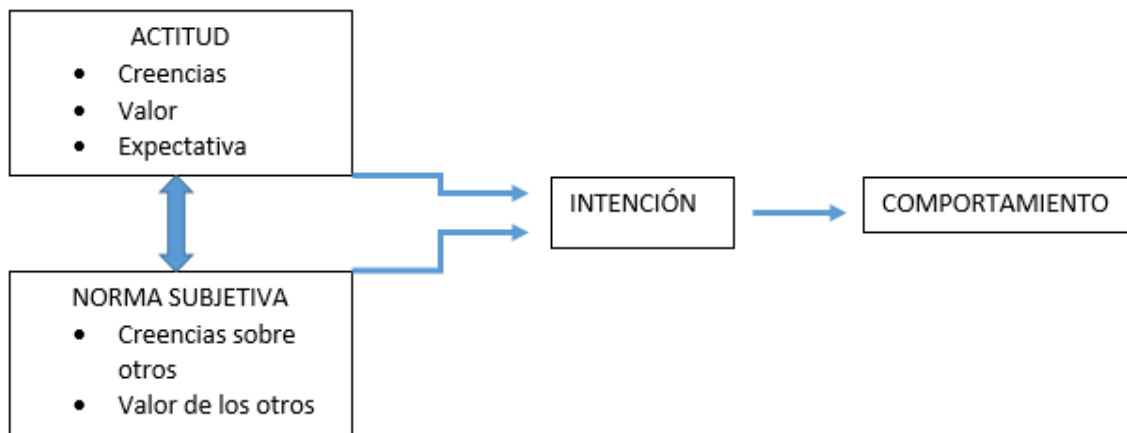


Figura 3. Esquema del modelo de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen 1980.

2.6 Locus de Control en salud de Wallston y Wallston, 1976

Este modelo de Salud, Locus de Control, se creó a partir de la aplicación de la Teoría del Aprendizaje Social, y en concreto el constructo de Locus de Control de Rotter (1954), al campo de la salud.

La hipótesis general de este modelo en un principio era simple y se asemejaba bastante a la teoría de Rotter, pues era clara y simple y se bastaba en dos afirmaciones:

- Locus de control Interno: se refiere a las personas que creen que su salud depende, en primera instancia de ellas mismas y por lo mismo tienden a tener mejor salud que las que tienen locus de control externo, debido a que el locus de control de la salud interno facilita que se mantengan los hábitos saludables y el cuidado activo de la salud.

- Locus de control externo: se trata de las personas que creen que las causas de las enfermedades son ajenas a la persona que las sufre.

Después de que este modelo fuera analizado más cuidadosamente por Wallston, se le hizo una reformulación que, según Castro e Izquierdo (1994), consistió en adoptar la idea de la Competencia Personal Percibida como sustituto al concepto de Locus de Control Interno, es decir que se reconoce la importancia de la motivación a la hora de llevar a cabo conductas que mantengan la salud, pues cuando esta percepción de lo competente que es uno mismo es alta, los hábitos de cada quien influyen de manera positiva en la salud.

2.7 Acción en Salud de Tones 1979

El Modelo de Acción en Salud al igual que los modelos anteriores tiene como objetivo determinar aquellos elementos que interfieren en el actuar de las personas, a partir de la sistematización de los elementos o constructos intrapersonales, ínter subjetivos y contextuales que, según Keith Tones en 1979, consideró como determinantes para la intención, decisión y acción con efectos en la salud individual y colectiva.

En un principio el modelo de Acción en Salud de Tones estuvo encaminado hacia la educación de la salud, es decir, el fin que perseguía su modelo era principalmente la promoción de la salud.

De acuerdo con Cabrera (2007), al modelo se le implementó la capacidad del MAS que explora y describe la intención y la práctica de las personas respecto a la salud, tomando en consideración diversas variables y constructos psicosociales y ambientales.

Este modelo de Acción en Salud MÁS se basa en las diversas interacciones de:

- los sistemas de creencias en salud,
- las motivaciones y normas que tienen las personas respecto a la salud y
- los distintos modelos como el de creencias en salud y de teorías como la de la acción razonada por la importancia dinámica que le otorga específicamente al sistema motivacional.

Los principios del modelo de Acción en Salud MÁS son:

1. La intención comportamental no es necesariamente un resultado consiente.
2. La decisión comportamental revela la preparación automática para actuar según las circunstancias.
3. La acción comportamental rutinaria, adictiva o patológica no necesariamente es consciente.
4. Las creencias son juicios de probabilidad de la relación entre objetos y conceptos.
5. Las actitudes y otros afectivos son la expresión de la ubicación del sujeto en una dimensión evaluativa bipolar de su relación con un objeto o evento; son un sentimiento general de favorabilidad o no hacia un estímulo.

2.8 Transteórico del comportamiento de James Prochaska, 1979

Este modelo fue propuesto a partir de las intervenciones con base en los comportamientos de las poblaciones donde se focalizó la promoción de la salud a partir de la prevención de la enfermedad.

El modelo Transteórico del cambio del comportamiento en salud tiene como fin último acelerar la velocidad de los cambios comportamentales deseados, en este caso los cambios en los comportamientos dañinos o perjudiciales para la salud.

James O. Prochaska en 1979, en sus estudios sobre los más de 300 modelos y teorías respecto al manejo de adicciones, logró sistematizar y analizar comparativamente veintinueve de las teorías y modelos del comportamiento más

importantes de los últimos años, con el fin de poder dar una explicación a los comportamientos de los dependientes de drogas y consumidores regulares de cigarrillo y los cambios comportamentales que estos podrían tener, y es así como Prochaska, en el modelo Transteórico del comportamiento, centraliza la idea de que el cambio del comportamiento no es un paso bidireccional y lineal de la posición A a la B, en el que toda persona incurre en un patrón para adoptar o abandonar una práctica determinada (Cabrerá, 2007).

El modelo explica que los cambios que pueden tener las personas respecto a su salud se dan a partir de un proceso de múltiples etapas y de manera cíclica, además subraya que todas las personas que quieran hacer un cambio en su conducta para mejorar su salud o para promover la misma tienen diversos niveles de motivación, de intención y de precedentes del cambio que influirá en el modo de adoptar o abandonar aquellos comportamientos saludables.

Según Prochaska el modelo Transteórico se basa en que:

1. Ninguna teoría o modelo explica totalmente el cambio del comportamiento humano.
2. El cambio es un proceso que se presenta en una secuencia de múltiples etapas.
3. Las etapas del cambio son estables pero abiertas a la modificación.
4. La mayoría de poblaciones con factores de riesgo no están preparadas para actuar, para cambiar su comportamiento; por eso no se benefician de los tradicionales y limitados programas o intervenciones como charlas, conferencias, folletos, mensajes, manejados como si todas las personas fueran iguales.

5. Sin intervenciones diseñadas e implementadas bajo la premisa de etapas, las poblaciones en general permanecerán detenidas en las etapas iniciales del cambio, sin estímulo ni motivación suficiente para modificar sus factores de riesgo informacional, actitudinal y comportamental.
6. El paso para el cambio se superaría si se incorpora el paradigma de ciclo o etapas, superando al clásico e inefectivo lineal o de un solo paso para el cambio.

A partir de estos puntos es como el modelo Transteórico del Comportamiento explica que el cambio comportamental en la salud sucederá espontáneamente o inducido a partir de:

1. Etapas de cambio: Precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.
2. Procesos de cambio: Concientización, autoevaluación, catarsis, reevaluación ambiental, autoafirmación, liberación social, acondicionamiento, control de estímulos, relaciones, soporte y gestión de eventos.
3. Balance decisorio: Pros y contras para cambiar.
4. Tentación: Situaciones emocionales negativas, emociones positivas e impulsos incontrolables.
5. Autoeficacia: creencia de nuestra propia capacidad para seguir el cambio.

2.9 Aprendizaje social de Rotter, 1954

En muchos de los experimentos que se llevan a cabo en situaciones controladas es relativamente sencillo determinar el control real que puede tener un individuo sobre cualquier meta determinada. Sin embargo, en la vida diaria y aún más en el caso de la relación salud-enfermedad es más complejo saber cuál es el control real objetivo que se tiene sobre el entorno y sobre los individuos.

Es por esto que la teoría del aprendizaje social se convierte en un modelo de salud-enfermedad pues como dicen Castro e Izquierdo (1994) la teoría del aprendizaje social de Rotter, ha comprobado que las personas que perciben su capacidad para controlar su entorno afrontan mejor las situaciones de estrés, de enfermedad, ansiedad, etc.

A partir de este enfoque de la teoría del Aprendizaje Social de Rotter en 1954, surge un nuevo concepto, la autoeficacia, que es entendida como una creencia específica acerca de la externalidad o internalidad del control de las acciones que la persona lleva a cabo. Como menciona Prieto (2002), para Rotter, la Autoeficacia representa la creencia de las personas en su capacidad personal para controlar el efecto de sus propias acciones, es decir, bajo este modelo los médicos pueden, en mayor o menor grado, controlar los efectos o consecuencias de dar las malas noticias a partir de la percepción de su capacidad de autoeficacia como informadores.

2.10 Autoeficacia de Bandura, 1977

Bandura, en 1977 publica un artículo, en el marco de la teoría social cognitiva, en el cual postula que las creencias de Autoeficacia determinan la conducta a través de mecanismos muy variados.

Según Bandura (2001, p.7) “La autoeficacia percibida hace referencia a las creencias de las personas acerca de sus propias capacidades para el logro de

determinados resultados. Uno no puede hacer todas las cosas bien, eso requeriría poseer dominio de cada aspecto de la vida. Las personas difieren en las áreas de vida en las cuales desarrollan su sentido de eficacia y en los niveles para los cuales desarrollan el mismo en determinadas actividades. Por consiguiente, el sistema de creencias de eficacia no es un rasgo global sino un grupo de autocreencias ligadas a ámbitos de funcionamiento diferenciado. Las medidas multidimensionales revelan el grado y patrón de generalidad del sentido de eficacia de las personas”.

El concepto de Autoeficacia recae en aquellos juicios que cada persona tiene sobre su capacidad, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado o conducta determinada, o sea, es una cognición mediadora entre el conocimiento y la acción del médico.

Entonces bajo este modelo de autoeficacia de salud-enfermedad de Bandura, se evidencia que las expectativas de autoeficacia serían creencias concretas sobre la capacidad de uno mismo de ejecutar con éxito una tarea en una situación determinada, el control percibido sería una creencia generalizada más relacionada con uno mismo que con una situación concreta, por ejemplo, el comunicado de las malas noticias, pues los médicos que crean realizar con éxito el comunicado de la información, realizarán con mayor posibilidad las mismas conductas y, al mismo tiempo, serán más constantes y no se desalentarán con fracasos ocasionales (Castro e Izquierdo, 1994).

Sin embargo, poseer determinados conocimientos, habilidades o destrezas no es condición suficiente para tener éxito al realizar ciertas acciones, sino que es necesario mostrar, además, confianza en la propia capacidad para dar las malas noticias, ya que implica un aspecto fundamental para decirlas adecuadamente.

En conclusión, los modelos de formación médica retoman aquellos que hablan de la progresión de la enfermedad y las etapas de la misma, muchas críticas se centran en que la formación de los estudiantes de medicina por mucho tiempo se ubicó en los modelos unicausales de la enfermedad, inclusive se les criticó de ser lineales con relación cómo observan la enfermedad y su tratamiento.

Una relación lineal entre la enfermedad y su contraparte curativa resultaba en la prescripción de medicamento específico para dicho efecto, es más es una práctica actual después de casi quinientos años de medicina en México. No se pretende aseverar que es una práctica incorrecta o indeseable, el problema es que en la interacción con los pacientes con esas características, se olvidan otras variables como las ambientales o sociales y las psicológicas.

La profesión médica cada vez más toma en cuenta la visión integral del ser humano intentando observar otras variables que interactúan con prácticas patogénicas de las personas que probabilizan y facilitan el desarrollo de enfermedades y posteriormente de comorbilidades y enfermedades crónicas. Dentro de las recomendaciones médicas cada vez más se notan cambios en el estilo de vida como la mejora en la dieta, en la actividad física, en las prácticas de sueño. Algunas variables que no se han tocado del todo son las variables del personal de salud como la autoeficacia, algunas patologías como la ansiedad, la depresión, la misma idea de la enfermedad y de la muerte de propio médico.

Hay una diferencia entre pensar en el médico como persona y como profesional de la salud; como profesional de la salud es muy probable que se perciba como muy eficaz para dar una mala noticia, dado que según los protocolos existentes son sólo 6 pasos muy simples a seguir, el problema es primero: que en su mayoría no consideran importante aprenderlo, segundo: hay una diferencia entre aprender el procedimiento y aplicarlo en situaciones reales y tercero: aprender a dar malas noticias confronta la formación académica de separar las emociones que acompañan al sentido de muerte cuando alguien se enferma y fallece contra la percepción de sensibilidad que la mayoría de las personas, inclusive algunas profesiones como la psicología, deberían de tener cuando existe una pérdida física.

Por eso consideramos que va más allá de un curso sobre cómo comunicar malas noticias, es necesario, desde nuestro punto de vista, un proceso terapéutico que se adhiera a la formación médica y que tome en cuenta algunas variables personales como la concepción de muerte, de enfermedad o algunas patologías

comunes como la depresión o la ansiedad, y que no sea una habilidad más, sino que forme parte del perfil del médico el poder rolar sus habilidades cuando la situación lo demande, es decir, cuando tengan que dar una mala noticia sea un procedimiento que facilite su interacción con el enfermo, con su familia y con el entorno; y cuando sea necesario pensar de forma lineal también tenga en su repertorio dicha competencia, sin causarle ningún problema psicológico a largo plazo.

3. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La relación médico-paciente se reconoce a partir del conjunto de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan entre el clínico y el paciente. A partir de esta relación se determinará más tarde la comunicación de las malas noticias que por ser una práctica frecuente para la cual el personal sanitario no se ha formado, genera preocupación, no sólo para los servicios de salud, sino para el paciente, sus familiares y el propio médico.

Entonces, lo primero que surge a raíz de que una persona enferma, es la relación médico-paciente. Se trata de una relación de tipo individual, que sólo se da entre estas dos personas. El paciente, aunque cuente con el apoyo de familiares y amigos, sólo puede esperar la ayuda que necesita, en ese momento, del profesional de la salud y de nadie más. En este momento, su atención en todos los demás aspectos de su vida se pierde, y sólo se concentra en su enfermedad. Es decir, se vuelve como un niño vulnerable, pues su fragilidad física se transforma a su vez en fragilidad espiritual. Es comprensible entonces que su médico represente para él toda su esperanza, y es de suponer que al mismo tiempo que espera alivio a sus dolencias físicas también espere alivio anímico.

Rodríguez (2006), señala que la relación médico-paciente es aquella aproximación interpersonal, temporal, psicológica, manual, profunda, solidaria y profesional con vínculos éticos, filosóficos y sociológicos, que puede ser clasificada en:

- Relación activo-pasiva: la que se establece con enfermos en estado de cama, que no les permite una relación más participativa.
- Relación de cooperación guiada: se da con pacientes que están en posición de cooperar en su diagnóstico y tratamiento.
- Relación de participación mutua: esta relación consiste en el cumplimiento del tratamiento, además del control en discusión frontal de situaciones y actitudes relacionadas con la causa y evolución de la enfermedad.

La relación médico-paciente como la explica González, Betancourt, Fernández, y Rodríguez (1998), tiene que ver con la investidura profesional del médico, fruto de muchos años de entrenamiento y cuya exitosa culminación requiere una profunda vocación médica, altamente valorada por la población, quien al mismo tiempo que respeta y admira al facultativo, espera de él una conducta concordante con su importante misión social. O sea, el médico tiene, o debería tener como requisitos, saber ponerse en el lugar del enfermo, sentir como él o ella, y disponerse a asumir como propios sus éxitos y dificultades.

Asimismo, González (1998) puntualiza que esta relación interpersonal de tipo profesional sirve de base a la gestión de salud, haciendo referencia a la relación interpersonal, profesional y técnica de los miembros del equipo de salud en cuanto a promoción sanitaria, prevención, diagnóstico, rehabilitación, docencia, investigación y administración. Según el autor se trata además:

- De una relación profesional donde se presta un servicio de alta significación, por ser la salud una aspiración del ser humano que más valora.
- De que a diferencia de las relaciones interpersonales convencionales en que se produce un intercambio equilibrado de información, solidaridad y comprensión, en esta relación es de entrega total sin aspirar a reciprocidad alguna.
- De que cuando la relación implica la información al enfermo o su familia, se suma un nuevo elemento que hará más compleja la comunicación: la ansiedad; cuya intensidad será concordante con la severidad de la enfermedad o afección.
- De que exige del médico el planeamiento de cada uno de sus pasos, ya que toda conducta clínica no "pensada" implica un serio riesgo de cometer iatrogenia.

Ahora bien respecto a cómo se da dicha relación, Emanuel y Emanuel (1999), hacen un esbozo de cómo son 4 de los modelos generales en que se presenta tal correspondencia que se explican en: el paternalista, el informativo, el interpretativo y el deliberativo.

Los autores explican que el modelo paternalista de la relación médico-paciente es aquella que se da a partir de una interacción en la que se asegura que el paciente reciba las intervenciones necesarias y que mejor garanticen su salud y bienestar. Para tal objetivo los médicos eligen y deciden las pruebas, diagnósticos y tratamientos más adecuados de manera objetiva que determinará qué es lo mejor para el paciente sin que sea necesaria su participación. En el modelo paternalista el médico actúa como el tutor del paciente, determinado y poniendo en práctica lo que sea mejor para la su salud, colocando los intereses del paciente por encima de los propios y pidiendo opiniones de otros médicos cuando carezca de los conocimientos suficientes.

El modelo informativo tiene el objetivo de proporcionar al paciente toda la información relevante para que pueda elegir la intervención que desee y que posteriormente el médico llevará a cabo. La información brindada contiene aspectos como el estado de la enfermedad, la naturaleza de los diagnósticos posibles y las intervenciones terapéuticas, la probabilidad tanto de los beneficios como de los riesgos asociados a cualquier intervención, y sobre la incertidumbre del conocimiento médico. Este modelo se basa en la distinción entre los hechos y los valores del paciente, quien finalmente determinará qué terapéutica se le debe aplicar.

En el modelo interpretativo se determinan los valores del paciente y qué es lo que realmente desea en ese momento, y ayudarle así a elegir de entre todas las intervenciones médicas disponibles aquellas que satisfagan sus valores, de igual manera, en este modelo el médico informa la situación, los hechos y probabilidades que tienen que ver con su estado de salud, pero además se le ayuda al paciente a aclarar y articular sus valores, y a determinar que intervención médica lo

desarrollará mejor, ayudándole así a interpretar sus propios valores. En este modelo el médico se vuelve un consejero consultivo que facilita al paciente la información relevante para su decisión, incorporando al paciente a un proceso global de análisis.

Finalmente, el modelo deliberativo es en el que, a partir de la información al igual que los modelos anteriores y la elección de los valores del enfermo, el médico ayuda a dilucidar los tipos de valores incluidos en las opciones posibles, es decir, el médico indica por qué ciertos valores relacionados con la salud tienen más valor que otros y se debe aspirar a ellos. Al comprometerse en esa deliberación moral, médico y paciente juzgan la utilidad y la importancia de los valores asociados a la salud. En este modelo el médico actúa como un maestro amigo, comprometiendo al paciente en un diálogo sobre qué tipo de actuación sería la mejor.

Por todo lo anterior, es elemental que en esta relación el cuerpo sanitario, y con mayor razón el médico, sean conscientes de su estatus y lo que representan para el enfermo en fase terminal pues la expectativa del enfermo y su familia será de un comportamiento adecuado a su alta responsabilidad, logrando un servicio de gran significación humana, como es promover o restablecer la salud. Igualmente, debe de existir un proceso de participación en la toma de decisiones médicas construido a partir de la participación mutua y respetuosa entre médico y paciente. Al mismo tiempo, el facultativo debe conocer que sus potencialidades diagnósticas, curativas y rehabilitadoras se incrementan en razón directa con su capacidad para desarrollar exitosamente sus relaciones profesionales. Por lo tanto, una buena relación entre el médico y el enfermo puede contribuir a la comunicación adecuada entre ambos y a atenuar de manera significativa el dolor de recibir y dar las malas noticias.

3.1 Estudios relación médico-paciente

Para comprender más ésta relación, Girón, et. Al. (2002) explica que al considerar la relación médico-paciente como una serie de factores e implicaciones de comportamiento entre los partícipes, se permite la exploración de cómo médicos y pacientes perciben, interpretan, experimentan y construyen la realidad de dicha correlación. El objetivo de su estudio fue ilustrar la relación entre la calidad de la RMP (relación médico-paciente) y los resultados de los encuentros clínicos en atención primaria. El método consistió en grupos focales de médicos y enfermos en los que participaron 24 profesionales y 22 enfermos. Respecto a los resultados se encontró que médicos y pacientes coinciden en resaltar el error médico de la ausencia de contacto visual y de las insuficiencias en la capacidad de escucha del médico, así como de la forma de presentación de los problemas del paciente. En el caso de los médicos, las insuficiencias de los profesionales se derivan de la escasez del sistema sanitario. En el caso de los pacientes, tanto las insuficiencias de los médicos como las de ellos mismos se derivan de las insuficiencias del sistema sanitario como falta de tiempo, masificación, principios del sistema sanitario alejados de las necesidades de los enfermos, etc. Los pacientes constituyeron una clara relación entre el interés y la capacidad de escucha del médico, la capacidad de diagnóstico y el establecimiento de un tratamiento adecuado con la evolución de las enfermedades.

Por otro lado Bascuñán y Luz (2005) consideran que la relación médico-paciente es la base de la clínica práctica, pues ésta influye en la satisfacción de los médicos con su práctica. El objetivo de su estudio fue explorar la percepción de los médicos acerca de los cambios entre ellos y sus pacientes y su impacto en su vida personal y profesional además de su satisfacción. Participaron 44 médicos de la Región Metropolitana de Chile, en grupos de enfoque y entrevistas semi-estructuradas, donde se encontró que todos los médicos mencionaron que uno de los factores más importantes respecto a su satisfacción son los cambios en la relación médico-paciente, pues un clima generalizado de desconfianza con sus pacientes, les genera frustración y desencanto con su profesión. Es así que los

autores coinciden en que la re modificación del vínculo entre los pacientes con los médicos es necesaria para mejorar el grado de satisfacción de unos y otros.

Para Alonso y Kraftchenko (2003) la relación médico-paciente es un indicador de la comunicación que existe entre ambas partes, de la formación ético-profesional de los médicos, es decir, el código de Ética Médica define los principios ético-morales que deben caracterizar al médico. Sin embargo, existen insuficiencias en esa relación, por lo que su objetivo fue valorar en qué medida contribuye la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas, al desarrollo de la comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional, según la percepción y valoración de 124 estudiantes y 43 profesores. En su estudio analizan las 3 funciones de la comunicación (comprensión, interés por sus problemas y trato amable) y de la empatía como mecanismo de comprensión mutua, Lo que se encontró fue que existe una contribución limitada del proceso docente para el logro de una comunicación médico-paciente adecuada en los estudiantes, ya que los docentes ven la necesidad de incluir la enseñanza de las funciones de comunicación sólo como una posibilidad y se queda en discusión entre profesores puesto que no se llevan a cabo las acciones de instrucción en el salón de clases. Además los estudiantes perciben que no están presentes las tres funciones de la comunicación en la relación de los profesores con sus pacientes, lo que indica que no es la confianza en su médico, la comprensión, el interés por sus problemas, el trato amable y el afecto, lo que caracteriza la comunicación médico-paciente en primer lugar en los docentes, según la percepción de los estudiantes, aspecto que influye en la imagen del profesor como modelo de ética profesional.

De acuerdo con Cuevas et. Al. (1991) un aspecto que no debe dejarse de lado en la recuperación de los enfermos es la adecuada relación entre el médico y su paciente, no obstante, el médico ha adquirido la destreza de llevar a cabo dicha relación a partir de su intuición y su experiencia. Los autores mencionan que para que exista una adecuada relación debe tenerse cuidado al interpretar correctamente el vocabulario que el paciente acostumbra a usar, y así mismo tratar de usar un lenguaje no demasiado técnico con el paciente, tener una actitud amable, cuidar la

expresión y movimientos corporales adecuados a la hora de comunicarse. El objetivo de su estudio fue identificar el grado de asociación entre la opinión del médico y el paciente en relación a diversos aspectos de la consulta médica en unidades de primer nivel de atención dependientes de la Secretaria de Salud, e identificar la forma en que influyen algunas características tanto del médico como del paciente en el grado de asociación entre sus opiniones respecto a la consulta médica. Se llevaron a cabo encuestas descriptivas y cuestionarios estructurados en unidades de primer nivel de atención de la Secretaria de Salud, ubicadas en la Delegación Gustavo A. Madero, y se entrevistaron 76 pacientes, así como a los médicos que habían otorgado dicha consulta. Los resultados arrojaron que, de acuerdo a la opinión de médicos y pacientes, el acuerdo entre ellos tiende a ser de bajo-moderado y es frecuente que el médico sea incapaz de predecir la conducta o las opiniones de su paciente, principalmente en las relacionadas con los procesos de atención médica en la que ambos han debido interactuar. Además se observó que en cierta medida la satisfacción del paciente depende de la percepción que éste tenga acerca de la competencia técnica del médico. Por último se encontró que a mayor atención por parte del médico a las preferencias del paciente es mayor el cumplimiento eficaz de toma de medicamentos.

A partir de lo anterior, es indiscutible que los estudios de la relación médico-paciente evidencian que la baja capacidad de escucha del médico no favorece tal relación, sino al contrario, limita la misma ocasionando con ello una deficiente comunicación entre pacientes y personal sanitario, así también influye en el grado de insatisfacción del médico respecto con su labor. Es importante mencionar que los estudios han revelado que la contribución del proceso docente en las escuelas respecto a cómo debe de establecerse y darse de manera adecuada dicha relación, no es eficaz y se dejar ver en la práctica de la consulta médica, donde pacientes y médicos están en desacuerdo respecto a la asociación entre ambos.

3.2 Estudios relación psicólogo-paciente

La práctica profesional de los psicólogos ha sido desde siempre reconocida, hasta cierto nivel, como aquella en la que se establece cierta relación humana idónea. Al respecto, Vázquez (2008) menciona en su estudio que la Psicología se considera como actividad especializada que delimita una situación de encuadre que se presenta desde un punto de vista ético, en donde el acto profesional del psicólogo debe proceder en acuerdo con el respeto y responsabilidad prudencial.

Un ejemplo de dicha relación se deja ver cuando ocurre entre el psicólogo y los enfermos en situaciones terminales. Al respecto, Barreto y Bayés (1990) describen como fundamental la relación que derivará en el máximo bienestar del paciente, y para ello el papel del psicólogo consiste en fomentar los recursos del paciente y cuidadores, es decir, apoya en la comunicación entre interventores para una mejor relación, y además detecta las necesidades psicológicas específicas del enfermo, del equipo terapéutico y de la familia con el fin de apoyar emocionalmente a los diferentes elementos de la situación terapéutica.

Así mismo, Mikusinski, Carugno y Nassif (1976) muestran un claro panorama de lo que se piensa acerca de los psicólogos y las relaciones con sus pacientes. En su estudio, el objetivo primordial consistió en captar la percepción más bien abstracta del rol profesional del psicólogo clínico, comparado en múltiples aspectos con el del psiquiatra. Para ello, se aplicó un cuestionario complementario a un Diferencial Semántico a 30 docentes de institutos de arte en Argentina, donde el perfil grupal comparativo tuvo como resultado que tanto el psicólogo como el psiquiatra aparecen en el grado máximo como profesionales comprensivos, útiles, profundos, equilibrados, buenos, discretos, actualizados, morales y confiables. Además se les percibe acentuadamente como sensibles, comprensibles y moderados. Respecto al psicólogo, se subraya que aparece como dotado de mayor calidez humana, afectuoso, comunicativo, interesado en el paciente como persona; se lo juzga con mayor interés en el paciente, más constructivo, más afectivo y cálido, más comunicativo y más honesto que el psiquiatra.

Agudelo, et. Al. (2005) señalan la relación del psicólogo-paciente a partir de elucidar el conocimiento sobre la imagen de la psicología que tiene la población general. Su investigación se llevó a cabo a partir de la aplicación de un cuestionario de opinión acerca de las competencias del psicólogo a 1562 individuos donde se encontró que las personas tienen una marcada preferencia por los psicólogos para abordar situaciones emocionales, catástrofes o emergencias, y son percibidos como profesionales de gran valor. Se evidencia además que existe una clara predilección por los psicólogos para abordar situaciones emocionales, catástrofes o emergencias. Los datos suponen una aportación útil y valiosa, pues se revela que tanto varones como mujeres asisten más al psicólogo que al psiquiatra, siendo asimismo la percepción de la solución del problema mejor cuando la asistencia ha sido psicológica que cuando ha sido psiquiátrica, tanto para las mujeres como para los varones.

Entonces, el psicólogo como profesional de la salud es considerado y visto por la población de manera general como aquel al que se puede acudir cuando se requiere de atención emocional, pues sus características como especialista lo ubican como una persona de carácter ético, moral, responsable y de confianza.

3.3 La formación del psicólogo

Ya se ha dicho que el médico no ha sido preparado adecuadamente para dar las malas noticias pero, ¿qué debe hacer el psicólogo ante tal problemática?, para contestar esta pregunta, es necesario conocer claramente la formación del psicólogo, con el objeto de considerarlo un sujeto apto para proponer alguna solución para dar las malas noticias.

El psicólogo formado en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala tiene como funciones centrales construir y aplicar crítica y reflexivamente conocimientos, metodologías y técnicas proporcionados por la psicología y sus diferentes aproximaciones teóricas, así como por ciencias afines, con un alto sentido de

responsabilidad profesional, proponiendo soluciones e ideas innovadoras en aras de reducir situaciones de riesgo personal y social; considerando que su campo de intervención es tan amplio que engloba varias ocupaciones y un número importante de puestos de trabajo.

Así mismo, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala tiene como misión formar psicólogos profesionales competentes, con una sólida formación científica, tecnológica y humanística, y un elevado sentido de responsabilidad y con capacidad para proponer soluciones pertinentes e innovadoras en las áreas de oportunidad y emergentes, que sitúan la demanda social en el campo de su disciplina. Además de establecer en los alumnos y futuros profesionistas los siguientes valores:

- Ética en el ejercicio profesional.
- Responsabilidad y compromiso social para la solución de las necesidades más acuciantes de nuestro país.
- Compromiso con la calidad, eficacia y pertinencia en su desempeño profesional.
- Solidaridad en toda convivencia, ya sea de liderazgo, paridad o colaboración.
- Actitud creativa, reflexiva y propositiva frente a los problemas.
- Sensibilidad ante la vida, la preservación de la salud, la buena administración de los recursos naturales y la formación de una conciencia ecológica.
- Reconocimiento y respeto de los límites de su competencia profesional.

Del mismo modo, como dicta la Sociedad Mexicana de Psicología (2011), en el Código Ético del Psicólogo se aprecian los principios básicos que rigen el comportamiento de los psicólogos, donde se destaca que se debe dar prioridad al principio de respeto a los derechos y a la dignidad de las personas:

1. Respeto a los derechos y dignidad de las personas: cualquier persona debe recibir un trato como persona o como un fin en sí misma y no como un objeto o medio para alcanzar un objetivo.
2. Cuidado Responsable: el psicólogo deberá mostrar preocupación activa por el bienestar y evitar el daño a cualquier individuo, familia, grupo o comunidad.
3. Integridad de las relaciones: el profesional debe actuar con precisión y honestidad, apertura y sinceridad, máxima objetividad y mínimo sesgo o prejuicio y evitar conflictos de interés.
4. Responsabilidad hacia la sociedad y a la humanidad: el psicólogo buscará aumentar el conocimiento y promover el bienestar de la humanidad, por medio de métodos y procedimientos éticos.

Se concluye entonces, que el psicólogo es un profesional apto y capaz de proponer soluciones en aras de reducir situaciones de riesgo personal y social, en este caso, para dar las malas noticias de una manera adecuada, proponiendo estrategias más eficaces.

3.4 La formación del médico

Por otro lado, la formación del médico (de la UNAM) va encaminada a contar con las competencias de pensamiento crítico, juicio clínico, toma de decisiones, manejo de información, obtención de aprendizaje autorregulado y permanente. Debe también ser capaz de tener una comunicación fluida, comprometida, atenta y efectiva con los pacientes, basada en el respeto a su autonomía, a sus creencias y valores culturales, conocimientos y aplicación de las ciencias biomédicas, socio-médicas y clínicas en el ejercicio de la medicina, también contar con habilidades clínicas de diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación, aunadas a un profesionalismo, aspectos éticos y responsabilidades legales, promoción de la salud y prevención de la enfermedad así como un desarrollo personal.

Es decir, el médico ha sido preparado (en la UNAM - Facultad de Estudios Superiores Iztacala) bajo la misión de formar profesionales capaces de atender con efectividad, humanismo y calidad las necesidades de salud de la población, comprometidos con el desarrollo sustentable, científico, tecnológico y social de México, y aunque se habla de una formación profesional para la comunicación efectiva de información, no existe en el plan de estudios de la carrera de médico cirujano una materia específica para el comunicado de las malas noticias y sus repercusiones en el paciente y en el mismo clínico.

Por lo anterior, se puede asegurar que un psicólogo, cuya formación profesional le permite realizar intervenciones psicológicas para modificar conductas y cogniciones por medio de programas de entrenamiento, es el profesional más indicado para entrenar a los médicos y capacitarlos para comunicar de manera adecuada las malas noticias, pero no sólo como la acción de dar mera información, sino que al mismo tiempo que cumplen con esta delicada labor, adquieran una valoración diferente de la vida y de su percepción profesional. Lo anterior tendría un impacto positivo tanto en el estado emocional del médico, como en sus pacientes y sus familiares, pero sobre todo les brindaría a los médicos las herramientas necesarias que utilizarán durante toda su vida en su forma de comunicarse con los demás.

4. COMUNICACIÓN DE LAS MALAS NOTICIAS

Como se vio anteriormente, en ninguno de los modelos que explican la salud y en algunos casos que explican por qué las personas se enferman no se hace referencia a la labor que hacen o deberían hacer los profesionales de la salud a partir de los diferentes modelos de salud-enfermedad que aprendemos y seguimos es cómo procedemos a actuar en la vida respecto a nuestra salud. Asimismo, los médicos actúan de acuerdo a estos modelos al momento de comunicar las malas noticias, lo cual implica una labor bastante difícil de realizar y que, indudablemente, en algún punto de su carrera los profesionales de la medicina deben enfrentar.

Las malas noticias a las que nos referiremos en esta tesis son las que se deben dar a partir del diagnóstico en fase terminal terapéutico, es decir, cuando se ha agotado cualquier posibilidad de recuperación, por lo que el enfermo terminal sólo responde al cuidado paliativo.

4.1 La comunicación de las malas noticias en médicos

Las malas noticias, en la relación médico-paciente, es una de las situaciones que caracterizan esta interacción, generalmente asociada a un mal pronóstico en la presencia o recuperación de la enfermedad.

Las malas noticias son necesarias en todo el marco de notificación de diagnóstico e información de las enfermedades y requiere un conjunto de habilidades para informar de manera adecuada al paciente y sus familiares. No obstante, esta tarea no puede ser llevada a cabo por profesionales más especializados y entrenados en la información, como son los psicólogos, pues el médico tiene como obligación realizar el comunicado de la información y es el único que puede transmitir con detalle la situación en la que se encuentra el paciente. Sin embargo, el psicólogo sí puede entrenar a los médicos para dar dichas noticias.

Pero ¿Qué son las malas noticias? Las malas noticias según Díaz (2006), son aquellos comentarios de contenido negativo que se dan de manera drástica y alteran la perspectiva del paciente en relación con su porvenir. Empero, las malas noticias no siempre tienen el mismo grado, pues son subjetivas a cada persona, respecto a sus valores, prioridades, expectativas, experiencias, personalidad, creencias, puntos de vista y fortaleza emocional.

Bajo la misma línea, Buckman, (1984), define las malas noticias como toda información que pueda alterar drásticamente las expectativas del futuro de un paciente, ya sea en el momento de diagnóstico o cuando se enfrentan a la falta de intención curativa.

Es importante tener en cuenta que los médicos a veces no tienen oportunidad para preparar con tiempo las interacciones que debe llevar a cabo a la hora de dar las malas noticias. Concordando con Núñez, Marco, Burillo y Ojeda (2006), el comunicar las malas noticias genera estrés, intensas emociones, sensaciones de responsabilidad por la noticia dada y temor a una respuesta incontrolable, por lo que el médico debe enfrentarse a sus sentimientos de culpa, fracaso y otras emociones personales para que no interfiera en el desarrollo de una comunicación eficaz.

Comunicar malas noticias se trata de una tarea no placentera, pues los médicos no desean quitarle la esperanza al paciente y temen la reacción de éste o la de los familiares o la dificultad para resolver una respuesta emocional determinada (Alves, 2003). Dar las malas noticias a un paciente terminal es una tarea difícil para el profesional de la salud, y se tiene que tomar en cuenta que cualquier decisión que tome el médico repercutirá no solo en la vida del paciente terminal y en la de su familia, sino en la de él mismo.

Respecto a cómo dar las malas noticias, en la actualidad nadie enseña a los médicos como realizar esta difícil tarea, pues durante su residencia u otro tipo de entrenamiento formal o informal, la mayoría de los profesionales de la salud intentan copiar las habilidades que ven utilizar a los “mayores” o modelos de rol, y aún a ellos nadie les enseña a comunicar las malas noticias. Aparte, durante los cursos de

grado no hay materia alguna que incluya en su programa la forma de comunicarse con el paciente, sobre todo en las circunstancias de enfermedades terminales (Buela, 2008).

De acuerdo a lo anterior, a pesar de que no existen enseñanzas de comunicación de las malas noticias, describiré a continuación algunos trabajos que pretenden orientar al personal sanitario sobre la adecuada comunicación de las malas noticias.

Según Bascuñán y sus colaboradores (2007), en su trabajo de “Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio”, se proponen explorar las prácticas de comunicación de malas noticias en distintos servicios hospitalarios de Santiago de Chile con el objeto de contribuir a la formación médica y a la elaboración de políticas de salud locales, describen que la comunicación de malas noticias es una práctica frecuente para la cual no se ha recibido formación generando preocupación e interés en los distintos servicios hospitalarios, pues al no disponer de un procedimiento acordado de comunicación de malas noticias cada profesional ha desarrollado sus propias estrategias de notificación a partir de lo que creen más adecuado.

Los autores indican que existen tipos de malas noticias de acuerdo a:

- la situación a informar
- la relación con el paciente y familiares, como las que se dan a partir de la relación con el paciente ya sea muy estrecha o no
- eventos inesperados (trauma)
- complicaciones en enfermedades benignas
- enfermedades de curso crónico o invalidantes y enfermedades terminales

Por lo que concuerdan en utilizar los modelos de comunicación de Buckman (1992) en su protocolo de 6 pasos para comunicar las malas noticias, al igual que Alves (2003), que considera el trabajo de Buckman un modelo práctico y dinámico que se ha desarrollado para aplicar en el día a día de los profesionales de la salud,

que tiene la ventaja de que su aplicación no consume mucho tiempo y a medida que el profesional va tomando experiencia en él, aprende cuáles son los pasos que no debe evitar y cuáles puede omitir. El Protocolo se describen por:

1. Configuración de la Entrevista: consiste de un ensayo mental pues es útil para la preparación de tareas estresantes. Esto se puede lograr mediante la revisión del plan para decirle al paciente la noticia y cómo se responderá distintas reacciones emocionales o preguntas difíciles. Además se deben tomar en cuenta aspectos como hacer arreglos para tener privacidad, involucrar a las personas significativas, sentarse pues al hacerlo se relaja al, tocar el paciente en el brazo, administrar las limitaciones de tiempo y las interrupciones e informar a la paciente de cualquier restricción de tiempo que pueda tener o interrupciones que el médico (Baile, Buckman, Lenzi, Glober, Beale y Kudelka, 2000).
2. Descubriendo qué sabe el paciente: este paso está orientado a obtener una impresión de cuánto sabe el paciente de su problema, fundamentalmente establecer cuán grave considera que está y de qué modo ve afectado su futuro. Aquí es necesario que el personal médico preste mucha atención a tres aspectos centrales de su situación: Al grado de comprensión de su situación médica, a las características culturales del paciente y a los contenidos emocionales de sus palabras.

Además es necesario identificar contradicciones entre el idioma verbal y no verbal al ser esencial para los médicos que desean entender los sentimientos de sus pacientes.

3. Reconociendo qué y cuánto quiere saber: esta etapa consiste en tratar de definir a qué nivel el paciente quiere saber qué es lo que está pasando. Existe discrepancia entre lo que el médico quiere decir y lo que el paciente quiere saber. Si el paciente expresa el deseo de no discutir la información, debemos dejar la puerta abierta para más tarde, pero no obligarle a saber lo que no quiere.

4. Compartiendo la información: aquí existe una advertencia al paciente que las malas noticias se acercan, se puede disminuir el choque de malas noticias y puede facilitar el procesamiento de la información, por ejemplo se pueden utilizar frases como "Lamentablemente tengo malas noticias para decirte " o "siento decirte que ... Si el paciente indicó que su preferencia es saber toda la verdad de su enfermedad, se procederá de acuerdo con su voluntad y si su preferencia es no saber los detalles de su enfermedad, se debe discutir la estrategia terapéutica y los planes que se han de seguir.

Deben tenerse en cuenta dos reglas básicas: el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar cualquier propuesta de tratamiento ofrecida y tiene derecho a reaccionar y expresarse afectivamente de la manera que considere mejor, siempre dentro del marco de conductas socialmente aceptadas.

Además debe de reforzarse y clarificarse la información impartida y checarsé frecuentemente el grado de comprensión.

5. Respondiendo a las reacciones del paciente: el eficaz comunicado de la información depende en última instancia del modo en que el paciente reacciona y cómo el médico responde a esas reacciones. Se debe tomar en cuenta respecto a las reacciones, si éstas son socialmente aceptables, y si no lo son, es necesario mantenerse en calma y decirle al paciente o al familiar lo más firmemente posible que esa actitud es inaceptable. En general, si uno logra mantenerse en calma, la reacción pierde el impacto inicial, pero si es necesario se debe pedir apoyo a colegas o incluso al personal de seguridad.
6. Estrategia: en este punto dependiendo del tipo de mala noticia, el paciente puede sentirse abatido y confundido. El paciente se encontrará de frente al médico para poder aclarar la confusión y organizar y reorganizar su futuro. La habilidad de afrontar y dar una solución a este problema es lo que distingue a un profesional de un amigo bien intencionado. En este momento el facultativo debe de ofrecer una perspectiva positiva y una guía,

demostrando que se encuentra de su lado.

Debe tomarse en cuenta lo siguiente: a) Aceptar las opiniones y los puntos de vista del paciente y sus familiares, b) tener sensibilidad, para discutir temas conflictivos o vergonzosos con madurez dentro de un marco de máxima reserva, c) reducir la incertidumbre, d) desarrollar explicaciones comprensibles que el paciente pueda recordar, e) desarrollar un plan conjunto, f) establecer planes de contingencia y g) hacer un resumen final.

Además, en su estudio, Bascuñán (2007) señala que existen además otros procedimientos para dar las malas noticias, en su mayoría aprendidos por los médicos con base en su experiencia y no en una formación profesional constan de:

- Comunicar la noticia de a poco: en esta estrategia se debe preparar al paciente empezando por el contexto general de la patología hasta su situación particular, es decir, debe darse la información de manera paulatina, siendo cuidadosos en el lenguaje.
- Dar la noticia de manera directa: aquí el objetivo es usar un lenguaje claro para evitar malos entendidos.
- Estrategia de peores escenarios: consiste en brindar al enfermo el peor escenario posible de modo de que cualquier información posterior sea mejor o esperable.
- Informar lo que se pregunta: aquí sólo se pretende informar al paciente de su situación a partir de sus preguntas, pues se respeta su derecho a no ser informado si no lo desea.

Por otro lado, en su trabajo, Núñez y colaboradores (2006), a partir de la identificación de que las malas noticias son un tema de preocupación en el ámbito sanitario y una necesidad inminente, facilitan algunas consideraciones a la hora de dar este tipo de información, pues reconocen que si se proporciona esta información de forma inadecuada, puede causar confusión, sufrimiento y resentimiento, que de lo contrario puede ayudar a la comprensión, la aceptación y la conciliación. Ellos

señalan que las consideraciones que deben seguirse son:

- La comunicación debe mostrarse con más afecto que cordialidad
- Debe ser cercana y no tan formal
- Debe favorecer la empatía
- Ser asertiva para brindar seguridad
- Solidaria
- No intentar retener toda la información
- No fingir atención y aceptar las críticas y cólera de los familiares
- Proceder con calma e ir acompañado por otro miembro del equipo médico y del personal de información
- Con un lenguaje claro, sencillo para evitar ambigüedad
- Tomar el tiempo necesario para el comunicado cuidadoso y responsable
- Tener en cuenta el lugar en que se da la información, para proporcionar una mayor comodidad, apacibilidad y privacidad.
- Adaptarse a las posibles reacciones en cada situación.

4.2 El médico ante el sufrimiento

Ya expuestas las estrategias de cómo se dan las malas noticias y en qué consiste la relación médico-paciente en los cuidados paliativos, cuyos objetivos son aminorar el sufrimiento del enfermo tanto como sea posible, es hora de pensar en el sufrimiento del médico.

El sufrimiento está implícito en la humanidad misma, por lo que su abordaje no puede dejar de lado la dimensión social y espiritual que encierra. El sufrimiento individual en salud-enfermedad se extiende a lo colectivo: familia, equipos terapéuticos y comunidad en general.

Es necesario entonces hacer una mirada más profunda al sentido del sufrimiento y al valor que, aunque paradójico, este pueda tener. Al respecto Gómez

y Grau (2006), definen el sufrimiento como el complejo estado afectivo, cognitivo y negativo, determinado por la sensación que experimenta la persona de encontrarse amenazada en su integridad, por su sentimiento de impotencia para hacer frente a esta amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla, es decir, se tiene sufrimiento cuando un daño, ya sea físico o psicosocial, se contempla improbable de afrontar.

El sufrimiento, por ser un sentimiento derivado de valores y recursos individuales y construido socialmente, no es para todos igual, o sea, cualquier sufrimiento puede dar resultados dispares en cada persona, como por ejemplo huir de él, esconderlo, caer en depresión, empequeñecerse, derrumbarse o, por otro lado, crecer con el sufrimiento aumentando la determinación en salir adelante, engrandecerse, etc.

Es importante mencionar que el sufrimiento normalmente se acompaña del dolor, que no es únicamente una experiencia desagradable, sensorial y emocional, que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos, sino que pasa a ser también la manifestación de otras dimensiones: psicológica, social y espiritual, acercándose así más al concepto de sufrimiento (Restrepo, 2005).

Ahora bien, respecto al sufrimiento del médico, Buckman (1984) en sus estudios menciona que a partir de las reacciones de los médicos, estudiantes y de él mismo, ha llegado a la conclusión de que los miedos y sentimientos de sufrimiento que son bastante comunes en la vida del cuerpo sanitario, no son atendidos o hablados a menudo, lo que aportaría una mayor tranquilidad o consuelo personal.

Buckman considera que existen dos categorías principales dentro de la tarea de dar las malas noticias que reflejan los problemas que enfrentan los médicos, las ansiedades y miedos que a su vez provocan sufrimiento, los cuales ocasionan que la conversación con el paciente sea muy complicada desde el momento en que se debe de dar la información, lo cual repercute en los facultativos, pues se sienten responsables de la enfermedad, lo que hace aún más difícil la comunicación, la relación médico-paciente y el posible tratamiento. Así mismo, el peor temor de los

médicos, particularmente jóvenes doctores, es que el paciente vaya a culparlos personalmente por la mala noticia que le den. Por supuesto, identificar las malas noticias con el portador de las mismas no es nueva, ni es única para los médicos, pues normalmente se hace responsable al informante por las malas noticias, por pequeñas o grandes que sean.

4.2.1 Sentimiento de lo inútil

Ya entendido qué es el sufrimiento, y después de que se ha dado la mala noticia, queda preguntarse ¿Qué sucede con el médico que ha tenido que dar una mala noticia a un paciente en fase terminal?

Gómez (2006), puntualiza que para el médico, el proceso de muerte o de fase terminal, algunas veces lo hará sentir enfadado o frustrado, y paulatinamente el médico que idealizaba su profesión como un servicio a los demás, se sentirá desprovisto y desarmado ante la angustia y la soledad del enfermo terminal, e incapaz de establecer una relación de ayuda con él, pues no ha sido preparado para ello.

Asimismo, el doctor Rebolledo (2006), explica que cuando los médicos se enfrentan a situaciones de enfermedad terminal, ellos enfrentan un sentimiento de impotencia o sentimiento de lo inútil donde la incapacidad de hacer algo más por restablecer la salud a los pacientes se torna dolorosa. Este sentimiento de ser inútiles se asume por parte del cuerpo sanitario como una disminución e incapacidad que crea un estado de irritabilidad que impide una adecuada relación médico-paciente, y por lo tanto favorece la desconfianza de dar las malas noticias de cualquier manera, haciendo de ésta tarea una tortura.

Por lo anterior es indiscutible que plantear una propuesta tecnológica de entrenamiento para médicos sobre cómo dar malas noticias de una manera adecuada, es preponderante, pues no sólo se toma en cuenta la dignidad y la

humanidad del enfermo, sino que a su vez el médico estaría preparado para afrontar la carga emocional, social y personal que conlleva dar las malas noticias respecto a las enfermedades terminales.

5. PROPUESTA DE ENTRENAMIENTO PARA DAR LAS MALAS NOTICIAS EN LA FASE TERMINAL DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA

Ya que en la actualidad no se cuenta con una formación pertinente para que el médico dé las malas noticias referentes a las enfermedades terminales, es imprescindible proponer estrategias para tal efecto, suponiendo que tales estrategias deberán ser impartidas por un profesional de la psicología a manera de entrenamiento a los alumnos de la carrera de Médico Cirujano de la FES Iztacala, por ser éstos formados para ser capaces de atender con efectividad, humanismo y calidad las necesidades de salud de la población, pero no para el comunicado de las malas noticias y sus repercusiones en el paciente y en el médico mismo.

La propuesta que se propone estará basada en la terapia cognitivo conductual ya que ésta procede a partir de 3 sistemas de respuestas, cognitivas, fisiológicas y conductuales. Pues como menciona Meichenbaum (1988), en las terapias cognitivo conductuales se resalta la interdependencia de los múltiples procesos que están envueltos en los pensamientos, sentimientos, y conductas del individuo, así como las consecuencias ambientales.

Por lo tanto, bajo el modelo cognitivo conductual los objetivos de la estrategia tecnológica de entrenamiento que se propone a continuación, van encaminados a que el médico aprenda a saber pensar, a saber hacer y a saber sentir, además de tomar en cuenta las características del ambiente en el que se encuentra.

5.1 Entrenamiento para los futuros médicos

5.1.1 Objetivo general

Que el estudiante de medicina identifique y practique los componentes de una propuesta tecnológica de intervención grupal cognitivo-conductual de

entrenamiento para aprender a dar malas noticias en el contexto de la enfermedad crónica y crónica en etapa terminal.

5.1.2 Objetivos Específicos

Área cognitiva:

- 1.- Que el estudiante de medicina sea capaz de planificar el procedimiento para dar malas noticias con los pacientes.
- 2.- Que el participante practique habilidades de auto monitoreo posterior a dar una mala noticia.

Área conductual:

- 1.- Que el médico utilice una postura adecuada a la situación al dar una mala noticia.

Área fisiológica:

- 1.- Que el participante identifique el tipo de sensaciones que presenta al momento de dar una mala noticia.

Área contextual:

- 1.-Que el participante identifique el momento, la situación y el lugar más adecuado para dar una mala noticia.

5.1.3 Participantes

Alumnos de la carrera de Médico Cirujano de la FES Iztacala que se encuentren cursando el octavo o noveno semestre en los turnos matutino, vespertino y mixto.

El tamaño de la muestra se determinará a partir de los siguientes criterios de inclusión, quedando fuera aquellos alumnos que no cumplan con los parámetros:

1. Alumnos que estén inscritos en octavo o noveno semestre, que sean regulares, ya que de lo contrario podrían no disponer de horas disponibles para la asistencia al programa.
2. Alumnos que deseen participar de manera voluntaria en el entrenamiento y que firmen un consentimiento informado.
3. Alumnos que hayan cursado la asignatura de Integración Clínico-Básica I. Pues a partir de ésta los alumnos adquieren los conocimientos, las habilidades, destrezas, actitudes y aptitudes necesarias para la práctica de la medicina general en ambientes reales.

5.1.4 Variables

Variable independiente.

- Entrenamiento en comunicación de malas noticias

Variables dependientes.

- Conocimiento sobre el modelo de malas noticias
- Auto monitoreo de la conducta
- Las habilidades conductuales asertivas
- Auto monitoreo de la conducta fisiológica

Variables intervinientes.

- Depresión
- Ansiedad
- Autoestima
- Miedo a la muerte

- Preocupaciones propias por la enfermedad

5.1.5 Instrumentos

En la evaluación de los participantes y como indicadores de la eficacia del entrenamiento se propone utilizar los siguientes instrumentos de evaluación:

Cuestionario de conocimiento general respecto a cómo dar las malas noticias. (Anexo 1).

Es un instrumento de preguntas abiertas sobre los conocimientos generales al dar una mala noticia, consta de 8 preguntas abiertas que tienen como objetivo obtener información profunda de cada participante respecto a su experiencia.

Cuestionario sobre el conocimiento del modelo de Buckman de comunicación de malas noticias (Anexo 2).

Es un instrumento de preguntas abiertas sobre los componentes del modelo, consta de 10 preguntas y se califica en una escala del 1 al 10, donde la calificación mínima para aceptar el resultado será mayor a 6. El punto de quiebre se determinó de acuerdo a los estándares de oro de las escalas de calificación escolar tradicional.

Auto registro cognitivo, fisiológico y conductual (Anexo 3).

Es un formato de elaboración propia con el fin de recabar el tipo de cogniciones, sensaciones fisiológicas y conductuales que tuvo el participante antes, durante y después de dar una mala noticia.

Inventario de Depresión de Beck-II (1996) (Anexo 4).

Sanz y García (2013) mencionan que el BDI-II es un instrumento de auto-informe de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. En cada ítem la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro

alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas. Las respuestas de cada ítem se recogen en una escala de cuatro puntos, 0 a 3 y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Anexo 5).

Gantiva, Luna, Dávila, y Salgado (2012) señalan que el BAI es un instrumento de auto-reporte que consta de 21 reactivos que determinan la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales. En cada ítem la persona tiene que valorar, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe la intensidad en la que experimenta dicha afirmación en la última semana. Las respuestas de cada ítem se recogen en una escala de cuatro puntos, 0 a 3 y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63.

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) (Anexo 6).

Morejón, Jiménez y Zanin (2013), indican que la EAR está compuesta por 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. Las primero cinco afirmaciones están enunciadas positivamente y el resto negativamente. Las respuestas de cada ítem se recogen en una escala de cuatro puntos, 1 a 4 y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 10 a 40.

Escala Miedo a la muerte de Collett- Lester (Anexo 7).

Espinoza, Sanhueza y Barriga (2011), aclaran que la Escala Miedo a la Muerte de Collett- Lester, está conformada por cuatro sub escalas que proporcionan información multidimensional sobre el “miedo a la muerte propia”, el “Miedo al proceso del morir propio”, “Miedo a la muerte de otros” y el “miedo al proceso de morir de otros”. Contiene un total de 28 ítems agrupados en cuatro sub escalas con siete ítems cada uno. Las respuestas de cada ítem se recogen en una escala de

cuatro puntos, 1 (nada) a 5 (mucho) y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 28 a 140.

Escala de Preocupaciones por la Enfermedad (Illness Concerns Scale, ICS) Wesner y Noyes 1991 (Anexo 8).

De Vaca, Belloch y Arbona (1997), señalan que la escala de preocupaciones por la enfermedad es un cuestionario diseñado para medir la sintomatología de la fobia a la enfermedad tanto en sus manifestaciones cognitivas como en las comportamentales. Consta de 18 enunciados los cuales son valorados en una escala Likert de 5 puntos que comprende desde “nada en absoluto” (0) hasta “muchísimo” (4).

Inventario de Asertividad de Gambрил y Richey (Assertion Inventory, AI) (Anexo 9)

Casas et al (2014) mencionan que este inventario autoaplicado determina el grado de conducta asertiva. Está compuesto por 40 ítems que valoran en dos sub escalas el grado de malestar y la probabilidad de emisión de respuesta ante una determinada situación social, a través de una escala tipo Likert de 5 puntos. Se obtiene una puntuación general de asertividad con las puntuaciones de las dos sub escalas obteniendo una puntuación que varía de 40 a 200.

5.1.5 Procedimiento

Para entrenar a los alumnos de la carrera de Médico Cirujano de octavo o noveno semestre en la comunicación de malas noticias se acordará estancia pertinente un espacio y horario para la aplicación del entrenamiento, que constará de dos horas semanales a lo largo del Octavo semestre de la carrera de Médico Cirujano.

Posteriormente se implementará el entrenamiento desde la psicología a los

estudiantes de medicina, a partir de la terapia Cognitivo Conductual para dar las malas noticias de forma grupal, abarcando los siguientes temas:

- I. Percepción profesional del médico
- II. Enfermedad
- III. Relación médico-paciente
- IV. Malas noticias

Los temas presentados son referencia para el trabajo terapéutico ya que se considera que el entrenamiento en malas noticias médicas trasciende el nivel de información. El entrenamiento en malas noticias es un proceso terapéutico que incluye:

- Evaluación inicial: búsqueda de patrones de comportamiento disfuncionales
- Aplicación de baterías de pruebas: corroborar la información vertida por la entrevista inicial.
- Establecer metas individuales para el entrenamiento
- Taller: Tratar los temas propuestos anteriormente
- Generar indicadores para alcanzar dichas metas.

Para alcanzar las actividades se planificarán por sesión las actividades temáticas y se describirá el tema, la duración, los materiales, las dinámicas, el escenario y el procedimiento para cada sesión.

Se propondrá, a manera de contraste, el perfil que debe cubrir un médico entrenado en comunicar malas noticias.

1ª SESIÓN: PRESENTACIÓN

Objetivo: Crear cohesión grupal. Dar a conocer el objetivo general y los objetivos específicos del programa de entrenamiento en malas noticias al grupo. Hacer una evaluación Inicial de las variables descritas.

Escenario: Salón de clases.

Recursos: Pizarrón, plumines o gises y apunte de los objetivos del programa.

Duración: 2 horas

Procedimiento:

1.- Introducción: El ponente se presentará ante el grupo y dará lugar a la presentación de cada participante comentando cada uno los siguientes puntos.

- Nombre
- Edad
- Interés en el programa
- Lo que esperan del programa

2.-Presentación del programa de entrenamiento en la comunicación de malas noticias: A manera de seminario se expondrá la información del Anexo 12. Posteriormente se escribirán en el pizarrón los siguientes objetivos:

Objetivo general

Que el estudiante de medicina identifique y practique los componentes de una propuesta tecnológica de intervención grupal cognitivo-conductual de entrenamiento para aprender a dar malas noticias en el contexto de la enfermedad crónica y crónica en etapa terminal.

Objetivos específicos

Área cognitiva:

- 1.- Que el estudiante de medicina sea capaz de planificar el procedimiento para dar malas noticias con los pacientes.
- 2.- Que el participante practique habilidades de auto monitoreo posterior a dar una mala noticia.

Área conductual:

- 1.- Que el médico utilice una postura adecuada a la situación al dar una mala noticia.

Área fisiológica:

- 1.- Que el participante identifique el tipo de sensaciones que presenta al momento de dar una mala noticia.

Área contextual:

- 1.-Que el participante identifique el momento, la situación y el lugar más adecuado para dar una mala noticia.

3.- Evaluación inicial: Se les aplicará a los participantes un cuestionario con el fin de evaluar el conocimiento general respecto a cómo dar las malas noticias (Anexo 1) y otro más sobre el conocimiento del modelo de Buckman de comunicación de malas noticias (Anexo 2).

Así mismo se evaluará el estado emocional de los alumnos a partir de la exploración de tres variables: depresión, ansiedad y autoestima a través del Inventario para la Depresión de Beck, denominada Beck Depression Inventory-II de 1996 (Anexo 4), del Inventario de ansiedad de Beck y cols. Beck Anxiety Inventory (BAI) de 1988 (Anexo 5) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) (Anexo 6).

Además se les pedirá que contesten la escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (Anexo 7), la Escala de Preocupaciones por la Enfermedad (ICS) de 1991 (Anexo 8), y el Inventario de Asertividad de Gambriel y Richey (Assertion Inventory, AI) (Anexo 9).

4.-Cierre: Se reiterará la Bienvenida al programa y se terminará la sesión indicando la fecha y hora de la siguiente sesión, así como el salón que corresponda.

2ª SESIÓN: METAS INDIVIDUALES PARA EL ENTRENAMIENTO

Objetivo: Que cada participante logre proponerse nuevas metas para el programa de entrenamiento en malas noticias de manera individual.

Escenario: Salón de clases.

Recursos: Hojas blancas, tarjetas con escenarios hipotéticos de diagnóstico crónico terminal (Anexo 10), copias del Auto registro cognitivo, fisiológico y conductual (Anexo 3), pizarrón, plumines o gises y apunte de los objetivos del programa.

Duración: 2 horas

Procedimiento:

1.- ¿Qué haría sí?: Se formaran grupos de 4-5 personas. Dialogaran acerca de sus opiniones sobre cómo dar las malas noticias y cuál sería el método más adecuado de hacerlo, y deberán apuntarlo en una hoja por equipo.

Después, se le entregará a cada equipo una tarjeta con una situación en la que se tenga que comunicar a un paciente un diagnóstico de enfermedad crónico terminal (Anexo 10). Deberán representar la escena de la tarjeta entre los miembros

de equipo y con el método que anteriormente comentaron se dará la mala noticia, rolando los papeles del comunicador de malas noticias para que todos los miembros de cada equipo participen.

Entre ellos comentarán sus opiniones acerca de lo que cada uno hizo.

Posteriormente los participantes deberán llenar un Auto registro (Anexo 3), con el fin de recabar el tipo de cogniciones, sensaciones fisiológicas y conductuales que tuvieron en el ejercicio de dar una mala noticia, antes, durante y después.

2.- Metas individuales de entrenamiento: Individualmente cada participante deberá escribir en una hoja las metas individuales que quiere alcanzar respecto a cómo dar las malas noticias a enfermos crónicos terminales.

Las hojas se le entregaran al ponente al finalizar la sesión.

3.- Cierre: Se terminará la sesión indicando la fecha y hora de la siguiente sesión, así como el salón que corresponda.

3ª SESIÓN: PERCEPCIÓN PROFESIONAL DEL MÉDICO

Objetivo: Cada participante concluirá respecto a sí mismos, los pensamientos racionales e irracionales que tiene la sociedad, la familia, los amigos y ellos mismos de cómo debe ser el profesional de la medicina.

Escenario: Salón de clases.

Recursos: Hojas blancas, pizarrón, plumines o gises de varios colores

Duración: 2 horas

Procedimiento

Indicador: Autoestima (concepto y auto concepto). ¿Qué piensan las personas en general del médico? ¿Qué piensa la familia y los amigos del médico? ¿Qué piensa el médico de sí mismo?

El trabajo es una actividad indispensable para todo ser humano, porque a partir de esta se construye un patrimonio, bienestar social e incluso una familia.

En el caso del médico es importante mencionar que su trabajo a lo largo de los años se califica como una tarea de prestigio que implica creencias racionales e irracionales acerca de lo que deben hacer y lo que no, así como de lo que se espera de ellos y lo que no, orillando al médico a tratar de cubrir todas aquellas expectativas sin tener una satisfacción total de su profesión.

Se llevará a cabo un proceso de valoración personal sobre quienes son profesionalmente para lo cual se dividirá el grupo en 4 equipos: sociedad, familia, amigos y doctores.

- El equipo Sociedad deberá escribir en el pizarrón aquellas opiniones, creencias y expectativas que se tiene sobre el médico a nivel social, lo que les han dicho, lo que han escuchado, lo que pensaban antes de estudiar etc.
- El equipo Familia escribirá en el pizarrón todas aquellas opiniones creencias y expectativas que sus familiares les han dicho o creen que tienen sus familias de ellos.
- El equipo Amigos escribirá en el pizarrón todas aquellas opiniones, creencias y expectativas que tienen sus amigos tanto compañeros como amigos de otros círculos sociales respecto a ellos como profesionales de la salud.
- El equipo Doctores escribirá en el pizarrón todas aquellas opiniones, creencias y expectativas que tienen de sí mismos.

Ya que estén escritas todas las creencias, racionales e irracionales en el pizarrón, el ponente analizará junto con el grupo cada una de las ideas expuestas,

con el fin de discernir cuáles de las opiniones, ideas y expectativas son racionales y cuáles no.

Cierre: Se terminará la sesión indicando la fecha y hora de la siguiente sesión, así como el salón que corresponda.

4ª SESIÓN: ENFERMEDAD

Objetivo: Cada participante reflexionará su actitud ante la enfermedad, los pacientes, y la muerte. A partir de lo anterior hará una valoración personal sobre la vida.

Escenario: Salón de clases.

Recursos: Tarjetas blancas, pizarrón, plumines o gises de varios colores y rotafolios.

Duración: 2 horas

Procedimiento

Indicador: Actitud.

En México, los médicos han sido formados bajo modelos teóricos del proceso de salud y enfermedad que han influido de manera directa en ellos respecto a su quehacer profesional, e incluso estos modelos han sido determinantes en su formación personal, que los lleva a actuar de determinada manera al momento de dar las malas noticias, a pesar de la gran variedad de circunstancias que pueden intervenir en este momento crítico.

Aquellas cogniciones y actitudes que tienen los médicos respecto a su labor representan un aspecto de la realidad que da lugar a la revisión de sus acciones.

Se realizará la dinámica siguiente:

- 1.- Se colocarán en medio del salón de clases tres urnas de diferente color; azul para enfermedad, morado para enfermos y negro para muerte.
- 2.- Cada participante escribirá en 3 tarjetas lo que piensan (a manera de frases) y cómo se comportan en relación a la enfermedad, a los enfermos y a la muerte.
- 3.- Depositarán sus creencias y actitudes en las urnas correspondientes.
- 4.- Se dividirá al grupo en tres y cada grupo deberá encargarse de vaciar la información general de las creencias y actitudes que se tienen respecto a su tema en un papel rota folio. Y lo comentaran.
- 5.- Ya lista la información cada equipo expondrá sus hallazgos.
- 6.- El ponente analizará junto con el grupo la información respecto a la enfermedad, los enfermos y la muerte.

Explicará a los participantes que lo que han aprendido a lo largo de su vida repercute directamente en lo que hacen a la hora de comunicar las malas noticias a un enfermo y en las decisiones y acciones que toman en su labor profesional. Por lo tanto es necesario tener en cuenta que a partir de sus pensamientos y actitudes los médicos tendrán una comprensión de la situación en la que se encuentran los enfermos, y es ahí cuando modificarán su comportamiento de acuerdo a lo que creen respecto a la enfermedad, el enfermo y la muerte.

Cierre: Se terminará la sesión indicando la fecha y hora de la siguiente sesión, así como el salón que corresponda.

5ª SESIÓN: RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Objetivo: Cada participante conozca en que consiste la relación médico-paciente y como llevar una adecuada comunicación en dicha relación.

Escenario: Salón de clases.

Recursos: Pizarrón y plumines o gises de varios colores y copias del Auto registro cognitivo, fisiológico y conductual (Anexo 3).

Duración: 2 horas

Procedimiento

Indicador: Asertividad.

A manera de seminario se expondrá la información del Anexo 13. Posteriormente se llevará a cabo una dinámica de asertividad que consiste en:

1.- Se dividirá al grupo en 4 equipos: los familiares, los sanitarios agresivos, los sanitarios pasivos y los sanitarios asertivos.

2.- Se escribirá en el pizarrón el siguiente caso:

Tres enfermeras y tres doctores se encuentran platicando sobre el caso de un jovencito de 18 años con cáncer. En los últimos 6 meses lo han tratado con quimioterapia y hoy los resultados no muestran mejoría, peor aún, descubren que el cáncer se ha expandido y le quedan poco más de dos meses de vida.

Necesitan darle la mala noticia a él y a su familia, pues todo el equipo sanitario ha sido el responsable de sus cuidados durante el tratamiento.

Los padres del muchacho son bastante agresivos y se han comportado incorrectos y groseros con el equipo médico desde que se enteraron del diagnóstico de su hijo único, pues señalan a los médicos y enfermeras como ineptos,

negligentes, torpes y malos en su trabajo, culpándolos por la poca evolución de su hijo respecto al cáncer.

3.- El equipo de los familiares tendrá la tarea de reaccionar de manera agresiva, grosera, criticando, juzgando, culpando y maldiciendo al equipo médico por la mala noticia que les darán.

4.- El equipo de sanitarios pasivos deberá darle a la familia la mala noticia, buscando justificaciones, excusas y dando rodeos.

5.- El equipo de sanitarios agresivos deberá darle a la familia la mala noticia, de manera tal que cuando los familiares se expresen, busquen contraatacar la crítica que les hace la familia.

6.- Se reflexionará acerca de cómo fueron las escenas de los equipos pasivos y agresivos, sus semejanzas y diferencias y lo que se cambiaría.

7.- El ponente, a partir de lo reflexionado, explicará que la conducta asertiva según Barceló (2005) es aquella habilidad social útil para la conducta habitual de una persona en sus relaciones personales, sociales y profesionales.

Por lo que cuando una médico se comunica con sus pacientes de manera asertiva genera una buena relación médico-paciente.

En el caso de los médicos, cuando sean criticados, ya sea por parte de sus pacientes o de los familiares de estos, deberán actuar con aceptación y reconocimiento de las críticas, pues tiene el derecho de cometer errores sin sentirse culpable pero si responsable. Sin embargo, si la crítica no es justificada, la conducta asertiva del médico consistirá en negar de modo claro la veracidad de la crítica.

Según el autor, los criterios que hay que tomar en cuenta para tener una conducta asertiva ante la crítica son:

- Aceptar claramente la crítica (en el supuesto de que sea justificada)

- Negar de modo claro y contundente la crítica (en el supuesto de que no sea justificada) sin ofender a la persona que la hace.
- Reconocer la crítica concreta que se hace y no generalizar a otras críticas parecidas.
- No contraatacar con otra crítica.
- Mantener un tono de voz adecuada, sin gritos pero tampoco una voz débil.
- Estar relajado corporalmente.
- Mirar al interlocutor.

8.- Se comentarán las opiniones de la actitud asertiva y se solucionaran dudas.

9.- El equipo asertivo y el de los familiares actuarán el caso de acuerdo a un dialogo asertivo por parte del equipo sanitario.

10.- Finalmente los participantes llenarán el Auto registro cognitivo, fisiológico y conductual (Anexo 3) de acuerdo a los ejercicios en los que participaron.

Cierre: Se terminará la sesión indicando la fecha y hora de la siguiente sesión, así como el salón que corresponda.

6ª SESIÓN: MALAS NOTICIAS

Objetivo: Se dará a conocer el protocolo de 6 pasos de Buckman para dar las malas noticias y se analizará cada punto para enriquecer el protocolo con un proceso de reestructuración cognitiva.

Escenario: Salón de clases.

Recursos: Pizarrón, plumines o gises de varios colores y copia del protocolo de 6 pasos de Buckman (Anexo 11).

Duración: 2 horas

Procedimiento

A manera de seminario se expondrá la información del Anexo 14.

Posteriormente se anotará en el pizarrón el Protocolo de 6 pasos de Buckman (Anexo 11), que en resumen consta de:

- 1.- Configuración de la Entrevista
- 2.- Descubriendo qué sabe el paciente
- 3.- Reconocer qué y cuánto quiere saber
4. Compartir la información
- 5.- Responder a las reacciones del paciente
- 6.- Estrategia: a) Aceptar las opiniones y los puntos de vista del paciente y sus familiares, b) tener sensibilidad, para discutir temas conflictivos o vergonzosos con madurez dentro de un marco de máxima reserva, c) reducir la incertidumbre, d) desarrollar explicaciones comprensibles que el paciente pueda recordar, e) desarrollar un plan conjunto, f) establecer planes de contingencia y g) hacer un resumen final.

Indicador: Paso 1 del protocolo: Configuración de la Entrevista.

Cada participante pasará al pizarrón donde escribirá sus pensamientos simulando que van a dar una mala noticia a un paciente terminal.

Una vez que se escriban aquellos pensamientos el ponente analizará los mismos con el fin de identificar la mentalidad general que se tiene al enfrentarse a una situación de estrés y ansiedad como es el dar una mala noticia.

Explicará que lo que piensan los médicos a la hora de dar las malas noticias repercute de forma directa en su estado emocional y en su conducta, es decir, si tienen pensamientos de no eficacia, inseguridad, estrés y ansiedad acerca de cómo es el comunicado de las malas noticias de forma negativa, su actuación se verá afectada e inevitablemente la información no se transmitirá de forma adecuada.

Para poder hacer frente al estrés y ansiedad deben controlar lo que piensan delante de situaciones de comunicación de malas noticias.

El ponente ayudará, con base a los pensamientos anotados en el pizarrón, a identificar las interpretaciones y atribuciones negativas antes, durante y después de dar una mala noticia para posteriormente buscar alternativas adecuadas de pensamientos que lleven al médico a actuar convenientemente.

Cierre: Se terminará la sesión indicando la fecha y hora de la siguiente sesión, así como el salón que corresponda.

Nota: se les pedirá que lleven sus hojas con el protocolo de 6 pasos de Buckman para continuar la siguiente sesión con los siguientes pasos.

7ª SESIÓN: MALAS NOTICIAS

Objetivo: Se continuará analizando el protocolo de 6 pasos de Buckman para dar las malas noticias, para enriquecerlo con un proceso de reestructuración cognitiva.

Escenario: Salón de clases.

Recursos: Pizarrón, hojas blancas, plumines o gises de varios colores, copia del Auto registro cognitivo, fisiológico y conductual (Anexo 3) y copia del protocolo de 6 pasos de Buckman (Anexo 11).

Duración: 2 horas

Procedimiento

Indicadores:

Paso 2 del protocolo: Descubriendo qué sabe el paciente.

Paso 3 del protocolo: Reconocer qué y cuánto quiere saber.

El ponente escribirá el segundo y tercer paso del protocolo de 6 pasos de Buckman en el pizarrón.

Explicará que estas etapas del protocolo son muy importantes, pues para haber llegado al diagnóstico de enfermedad terminal, que es lo que se tiene que comunicar, el médico y el equipo sanitario antes debió convivir con el paciente y creó una relación médico-paciente, es así, que en estas etapas debe utilizar estrategias de comunicación adecuadas, pues este paso está orientado a obtener una impresión de cuánto sabe el paciente de su problema, fundamentalmente establecer cuán grave considera que se encuentra y de qué modo ve afectado su futuro, además de qué y cuánto realmente quiere saber de su diagnóstico, y para ello se deben evitar las distorsiones cognitivas del paciente.

El ponente hará una dinámica en la que los participantes pondrán a prueba sus habilidades sociales, pues según Gómez y Calvo (2005) una interacción puede resultar satisfactoria o no dependiendo de la valoración y respeto que sintamos sobre nosotros mismos, y esto, a su vez, no depende de los otros, sino de que se posean las habilidades sociales para responder correctamente, o sea, un médico puede llevar a cabo la tarea de comunicar una mala noticia a un paciente terminal, si está consciente de sus destrezas de comunicación.

La dinámica es la siguiente:

1.- Cada participante escribirá en una hoja blanca lo que harían antes de comunicar la mala noticia, para averiguar qué es lo que sabe y qué desea saber el enfermo terminal sobre su enfermedad con las siguientes recomendaciones.

- Respetar los derechos del otro
- Conseguir los objetivos de información (qué sabe y qué quiere saber)
- Lograr satisfactoriamente el objetivo
- Expresarse correctamente y asertivamente
- Responder a las interacciones del paciente defendiendo sus propios derechos si es necesario
- Ser empáticos

2.- Una vez concluidas sus propuestas, se le pedirá a tres voluntarios que pasen uno a la vez representando al médico y utilizando sus estrategias de averiguación de información. El ponente representará al enfermo.

3.- Una vez terminados los juegos de roll, se enriquecerá la sesión con comentarios, opiniones, debates y recomendaciones. Además llenarán el Auto registro cognitivo, fisiológico y conductual (Anexo 3) de acuerdo al ejercicio en el que participaron.

Cierre: Se terminará la sesión indicando la fecha y hora de la siguiente sesión, así como el salón que corresponda.

Nota: se les pedirá que lleven sus hojas con el protocolo de 6 pasos de Buckman para continuar la siguiente sesión con los siguientes pasos.

8ª SESIÓN: MALAS NOTICIAS

Objetivo: Se continuará analizando el protocolo de 6 pasos de Buckman para dar las malas noticias, para enriquecerlo con un proceso de reestructuración cognitiva.

Escenario: Salón de clases.

Recursos: Pizarrón, hojas blancas, plumines o gises de varios colores, copia del Auto registro cognitivo, fisiológico y conductual (Anexo 3) y copia del protocolo de 6 pasos de Buckman (Anexo 11).

Duración: 2 horas

Procedimiento

Indicadores:

Paso 4 del protocolo: Compartir la información.

Paso 5 del protocolo: Responder a las reacciones del paciente.

El ponente escribirá el cuarto y quinto paso del protocolo de 6 pasos de Buckman en el pizarrón.

Expondrá que para el paso 4 “compartir información”, es necesario tener en cuenta lo trabajado en las sesiones anteriores y que va estrechamente ligado al paso 5 “responder a las reacciones del paciente”, debido a la inmediatez con que se suceden estos pasos, por lo que deben trabajarse conjuntamente.

Se aclarará que ya en el comunicado de la información el médico debe tomar en consideración lo siguiente:

- La relación médico-paciente, pues a partir de ella el médico tendrá un marco de referencia de las posibles preferencias del paciente de cómo le gusta recibir la información, o sea, si se pueden o no dar rodeos a las noticias.
- Verificar si el entorno es adecuado según lo planeado, para dar la noticia.
- Que el profesional se encuentre apto física y anímicamente para llevar a cabo la tarea.

Ahora bien, cuando se tenga que responder a las reacciones del paciente, el médico debe tomar en cuenta lo siguiente:

- El derecho del paciente a reaccionar como desee dentro de lo socialmente aceptable.
- Responder a las dudas del paciente.
- Reafirmar la información si es necesario, para evitar distorsiones cognitivas.
- Escuchar atentamente los deseos del paciente
- Pedir explicación al paciente si no se entiende alguna petición.
- El derecho del profesional a defenderse si es agredido, de forma asertiva.
- Que el profesional trabaja en conjunto con el equipo sanitario y puede solicitar apoyo si es necesario.
- Que sus pensamientos deben ser racionales y actuar de acuerdo a ellos es eficaz.

El ponente realizará una dinámica de Ensayo Conductual que consiste en:

1. Se escribirá en el pizarrón el siguiente caso:

Alma es una estudiante de derecho de 20 años, y es una persona muy directa en su forma de expresarse, pero agresiva. Ha estado en tratamiento de diálisis por alrededor de 4 meses. La semana pasada su estado empeoró y no se encuentra donador para ella. Le quedan escasos días de vida.

2. De forma voluntaria los participantes llevaran a cabo la ejecución de comportamientos apropiados y efectivos para la comunicación de malas noticias a Alma, quien será representada por el ponente.
3. A cada participante se le contestarán sus dudas y se le corregirán los posibles errores que haya cometido.
4. Los participantes llenaran su Auto registro cognitivo, fisiológico y conductual (Anexo 3), respecto al ejercicio.

Cierre: Se terminará la sesión indicando la fecha y hora de la siguiente sesión, así como el salón que corresponda.

Nota: se les pedirá que lleven sus hojas con el protocolo de 6 pasos de Buckman para continuar la siguiente sesión con los siguientes pasos.

9ª SESIÓN: MALAS NOTICIAS

Objetivo: Se continuará analizando el protocolo de 6 pasos de Buckman para dar las malas noticias, para enriquecerlo con un proceso de reestructuración cognitiva.

Escenario: Salón de clases.

Recursos: Pizarrón, hojas blancas, plumines o gises de varios colores y copia del protocolo de 6 pasos de Buckman (Anexo 11).

Duración: 2 horas

Procedimiento

Indicador: Paso 6 del protocolo: Estrategia.

Se explicará a los alumnos que este paso consiste en tomar el papel de guía, una vez dada la mala noticia, además se tendrá que explicar de manera comprensible los posibles tratamientos existentes para desarrollar un plan conjunto, si es lo que desea el paciente.

Las recomendaciones que hace Buckman en este paso consisten en:

a) Aceptar las opiniones y los puntos de vista del paciente y sus familiares,

- b) tener sensibilidad, para discutir temas conflictivos o vergonzosos con madurez dentro de un marco de máxima reserva,
- c) reducir la incertidumbre,
- d) desarrollar explicaciones comprensibles que el paciente pueda recordar,
- e) desarrollar un plan conjunto,
- f) establecer planes de contingencia y
- g) hacer un resumen final.

Sin embargo también el médico debe tener en cuenta lo siguiente:

- Tomarse un momento para preguntarse cuál es su estado emocional respecto a la mala noticia que acaba de dar y la reacción del paciente o familiares.
- Utilizar una postura adecuada a la situación al dar una mala noticia favorece la confianza del comunicador y la atención del receptor.
- Poseer determinados conocimientos, habilidades o destrezas no garantiza tener éxito al realizar el comunicado de las malas noticias, sino que también se necesita confianza en la propia capacidad para dar las malas noticias, ya que implica un aspecto fundamental para decirlas adecuadamente, o sea, tener clara la autoeficacia de sus acciones.
- Tener confianza en la autoeficacia influye positivamente en el trato de la información, y por lo tanto se es capaz de realizar conductas apropiadas.

Posteriormente, se hará un debate acerca de las opiniones de los participantes, aclarando dudas y retroalimentándose unos con otros.

Por último, el ponente escribirá en el pizarrón el perfil que debe cubrir un médico entrenado en comunicar malas noticias, que consta de las siguientes características:

- Planifique su procedimiento para dar las malas noticias, antes de llevar a cabo la tarea.
- Sea capaz de auto monitorearse después de dar una mala noticia.
- Utilice una postura adecuada a la situación al dar una mala noticia.
- Identifique el tipo de sensaciones que presenta al momento de dar una mala noticia.
- Reconozca cual es el momento, situación y lugar más adecuado para dar una mala noticia.
- Reconozca sus debilidades en la comunicación de las malas noticias para retroalimentarse.
- Tenga una autoestima estable.
- Tenga autocontrol en relación a sus pensamientos estresantes.
- Sepa manejar la ansiedad cuando se enfrente a diferentes escenarios de comunicado de malas noticias.
- No se sienta culpable por dar las malas noticias o por la no eficacia de los tratamientos realizados al paciente.
- Tenga un esquema cognitivo de pensamientos racionales de su profesión, o sea, tenga una percepción profesional positiva, real y alcanzable de sí mismo.
- Sea consciente de sus actitudes ante la enfermedad, paciente y muerte, así como las implicaciones de dichas actitudes al momento de decir las malas noticias.
- Sea capaz de establecer la relación médico-paciente de manera asertiva.
- Planee la mejor estrategia para dar las malas noticias a partir del reconocimiento de sus pensamientos respecto al contexto de la mala noticia.
- Domine estrategias de comunicación adecuadas para el recabado y notificación de información.

- Sea empático.
- Cuento con habilidades sociales al enfrentarse a situaciones de riesgo en el comunicado de las malas noticias.
- Sea respetuoso.
- Sepa escuchar detenidamente, hablar y callar cuando se necesario.
- Trabaje en equipo.
- Reconozca sus propias reacciones emocionales.
- Tenga una actitud de autoeficacia y valore sus destrezas de comunicación.

Cierre: Se terminará la sesión indicando la fecha y hora de la siguiente sesión, así como el salón que corresponda.

10ª SESIÓN: EVALUACIÓN

Objetivo: Que el grupo valore hasta qué puntos los objetivos que se trazaron se cumplieron, así como el desarrollo del propio proceso grupal e individual.

Escenario: Salón de clases.

Recursos: Pizarrón, hojas blancas, plumines o gises y apunte de los objetivos del programa.

Duración: 2 horas

Procedimiento:

1.- Conclusiones: El ponente escribirá en el pizarrón el objetivo general y los objetivos específicos del programa de entrenamiento en malas noticias para que entre todos se discuta si se cumplieron o no.

Objetivo general

Que el estudiante de medicina identifique y practique los componentes de una propuesta tecnológica de intervención grupal cognitivo-conductual de entrenamiento para aprender a dar malas noticias en el contexto de la enfermedad crónica y crónica en etapa terminal.

Objetivos específicos

Área cognitiva:

- 1.- Que el estudiante de medicina sea capaz de planificar el procedimiento para dar malas noticias con los pacientes.
- 2.- Que el participante practique habilidades de auto monitoreo posterior a dar una mala noticia.

Área conductual:

- 1.- Que el médico utilice una postura adecuada a la situación al dar una mala noticia.

Área fisiológica:

- 1.- Que el participante identifique el tipo de sensaciones que presenta al momento de dar una mala noticia.

Área contextual:

- 1.-Que el participante identifique el momento, la situación y el lugar más adecuado para dar una mala noticia.

Así mismo se comentará con los participantes si el programa de entrenamiento logró alcanzar las metas individuales que se plantearon los participantes en un principio.

Se les pedirá a los alumnos que voluntariamente cuenten su experiencia en el taller y que en una hoja en blanco describan sus opiniones y sugerencias de dicho programa.

2.- Evaluación final: Se les aplicará a los participantes un cuestionario con el fin de evaluar el conocimiento general respecto a cómo dar las malas noticias (Anexo 1) y otro más sobre el conocimiento del modelo de Buckman de comunicación de malas noticias (Anexo 2).

Así mismo se evaluará el estado emocional de los alumnos a partir de la exploración de tres variables: depresión, ansiedad y autoestima a través del Inventario para la Depresión de Beck, denominada Beck Depression Inventory-II de 1996 (Anexo 4), del Inventario de ansiedad de Beck y cols. Beck Anxiety Inventory (BAI) de 1988 (Anexo 5) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) (Anexo 6).

Además se les pedirá que contesten la escala de Miedo a la Muerte de Collett- Lester (Anexo 7), la Escala de Preocupaciones por la Enfermedad (ICS) de 1991 (Anexo 8), y el Inventario de Asertividad de Gambрил y Richey (Assertion Inventory, AI) (Anexo 9).

3.- Cierre: Se agradecerá la asistencia al programa a los participantes.

CONCLUSIÓN

A partir del estudio teórico se logró proponer una estrategia tecnológica de entrenamiento para médicos sobre cómo dar las malas noticias de manera adecuada, ya que a través de la investigación bibliográfica se evidencian las dificultades que tienen los médicos para comunicar este tipo de información y la poca preparación que tienen a lo largo de su carrera para poder hacer frente a la inevitable tarea.

Dar las malas noticias de manera efectiva es sin lugar a duda una labor difícil que implica mucha responsabilidad por parte de los médicos. Sin embargo, no se debe olvidar que esta labor no debe pensarse como una acción mecanicista que se aprende y se ejecuta de la misma manera a lo largo de la vida, pues cada médico ha tenido que aprender a comunicar la información de acuerdo a sus propias experiencias, marcos de referencia, creencias y modelos de lo que es la salud-enfermedad, es decir, todo su proceder en cuanto al manejo de la información y comunicado de ésta, se verá influido no sólo por el investimento de su profesión sino que además se relacionará con los aspectos de vida, sus propias aptitudes y actitudes.

Por lo anterior es importante destacar que la comprensión de los médicos acerca de sus propias emociones y cogniciones será un elemento clave a la hora de dar las malas noticias, pues así como se logrará comprender él mismo, podrá establecer una línea de comunicación interpersonal, de participación mutua y oportuna, respetuosa, temporal, psicológica, profunda, solidaria y profesional con su paciente, que lo llevará a comportarse de manera ética, humana y asertivamente a la hora de dar las malas noticias, y así mismo logrará disminuir el dolor de recibir y dar las malas noticias.

Igualmente es importante mencionar que, aunque el tema de comunicación de malas noticias en médicos es un área que no se ha investigado exhaustivamente a lo largo del tiempo, se tiene conocimiento de la gran problemática que implica la

mala preparación de los médicos acerca de este tema. Es por esto que proponiendo estrategias novedosas dirigidas a mejorar la capacidad del médico para planear el cómo dar las malas noticias, lograr transmitir las sin distorsiones cognitivas, fortalecer la relación médico-paciente y dar una orientación adecuada de cómo debe ser tal relación respecto a las malas noticias, favorecer la colaboración del equipo de salud con el médico para el comunicado de información, así como la adherencia terapéutica, no solo serán efectivas, sino que además tendrán un impacto positivo en la percepción profesional del médico, en cómo entiende la enfermedad y la muerte, en sus relaciones intrapersonales e interpersonales, en su conducción comunicativa respecto a las malas noticias y en su autoestima.

Bajo esta línea la propuesta tecnológica de entrenamiento para médicos que se presenta en esta tesis, se considera efectiva, pues a partir del trabajo terapéutico cognitivo conductual que se lleva a cabo se trasciende el nivel de información para mejorar el bienestar de los futuros médicos. Pues como se muestra en la Figura 4, la percepción profesional real, la relación médico-paciente adecuada, la percepción positiva de enfermedad y muerte, y las aptitudes y actitudes, que adquieran los futuros médicos a partir del trabajo terapéutico se relacionarán unas con otras logrando así no sólo un mejor desempeño al dar las malas noticias, sino que además conseguirán una valoración diferente de la vida.

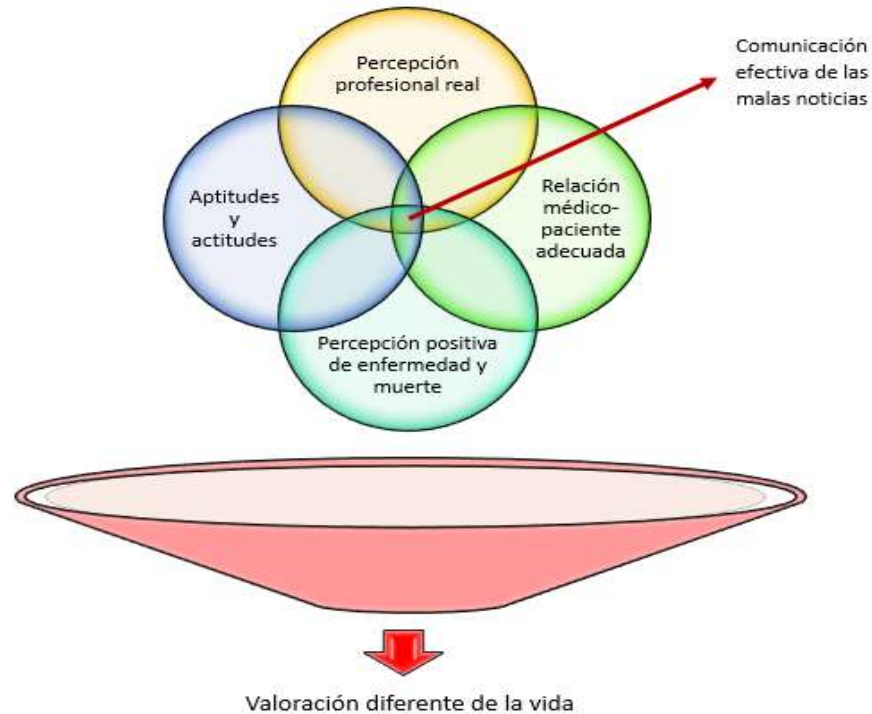


Figura 4. Diagrama de valoración diferente de la vida.

Sin embargo, aún queda terreno por recorrer, principalmente en lo referente a la valoración de la presión laboral que vive el médico y los posibles trastornos que conlleva su vida profesional. Se requerirán nuevas investigaciones que hagan particular énfasis en la experiencia de comunicar la mala noticia bajo condiciones de estrés laboral o burnout.

Además, se sugiere que en las próximas investigaciones acerca del tema, se tomen en cuenta las barreras que tendrían los médicos para aprender cómo comunicar las malas noticias, por mencionar algunas:

- La disponibilidad de querer aprender y modificar sus marcos de referencia sobre habilidades de comunicación, es decir, muchas veces las personas están acostumbradas a proceder de cierta forma respecto a una situación y cambiar las acciones no resulta tan sencillo, pues modificar la manera de actuar respecto a alguna situación requiere una reestructuración de la forma de pensar.

- El tiempo que el aprendizaje de habilidades demande para cada persona, pues como se sabe, no todas aprenden de la misma manera, ni al mismo tiempo.
- La motivación que se tenga acerca de modificar una conducta y los beneficios que ésta conlleve.
- La presión del trabajo y/o la escuela, ya que someterse a éste nuevo aprendizaje requiere demasiada atención y podría minimizar el interés en querer aprender a comunicar las malas noticias.
- La formación académica también podría resultar una barrera, pues habrá diferencias en los métodos y prácticas para el aprendizaje con los que no se estén familiarizados o sean contrarios a los que ya hayan aprendido.
- La historia personal, que evidentemente es un aspecto fundamental de cómo se construyó cierto esquema de comportamientos y que influirá en el aprendizaje de cómo comunicar las malas noticias.

Por último es conveniente mencionar que las posibles limitaciones de este estudio son en primer lugar la falta de aplicación de la propuesta para validar que efectivamente ésta es viable y práctica para mejorar la comunicación de las malas noticias que hagan los médicos. Asimismo, se espera que esta propuesta, al ser aplicada, funcione y cumpla todos los objetivos para la que fue planeada, además de que vislumbre nuevos campos de acción, es decir, se pueda implementar más allá de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo, D., Casal, G. B., Roales, N. J., Bretón, L.J., Sánchez, M. P., y Alvarez, I. T. (2005). Imagen de la Psicología como profesión sanitaria entre la población general. *Papeles del Psicólogo*, (91), 30-38. Recuperado 8 de octubre de 2015 de, <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1243.pdf>
- Alonso, G. M., y Kraftchenko, B. O. (2003). La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. *Educación Médica Superior*, 17(1), 39-46. Recuperado 3 de septiembre de 2015 de, <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v17n1/ems04103.pdf>
- Alves, D. E. (2003). ¿ Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento?. *Revista Argentina de Cardiología*, 71, 217-220. Recuperado de: http://www.hospital-sanjuandedios.es/upload/cuidando/doc/como_comunicar_malas_noticias.pdf
- Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad Saúde Pública*, 8(3), 254-81. Recuperado el 9 de noviembre del 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n3/v8n3a05.pdf>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, 5(4), 302-311. Recuperado el 4 de junio del 2015, de <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.full.pdf+html>
- Bandura, A. (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. *Revista Evaluar*, 2(15), 7-37.

- Barceló, M. G. (2005). *¿Por qué he dicho blanco si quería decir negro?: técnicas asertivas para el profesorado y formadores* (Vol. 2). Graó. recuperado 9 de diciembre del 2015 de, <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=OCfA7n8Hm9AC&oi=fnd&pg=PA3&dq=tecnicas+asertivas&ots=CSRnMWZdR8&sig=NoEIEIPTT1YO Bz3XmctlkwadCMQ#v=onepage&q=tecnicas%20asertivas&f=false>
- Barreto, M.P. y Bayés, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. *Anales de psicología*. 6 (2), 169-180. Recuperado 6 de octubre de 2015 de, http://www.um.es/analesps/v06/v06_2/06-06_2.pdf
- Bascuñán, M. L., Roizblatt, A., y Roizblatt, D. (2007). Medicina y persona. *Medicina Universidad de Navarra*, 51(2), 28-31.
- Bascuñán, R., y Luz, M. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista médica de Chile*, 133(1), 11-16. Recuperado 19 de agosto de 2015 de, <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n1/art02.pdf>
- Battistella, G. (2007). Salud y enfermedad. Recuperado el 23 de enero del 2013, de <http://148.228.165.6/PES/fhs/Dimension%20Educacion%20para%20la%20salud/Salud%20y%20enfermedad.pdf>
- Beaglehole, R., Bonita, R., y Kjellström, T. (1994). *Epidemiología básica*. OPS.
- Brusco, A. (1999). *Humanización de la asistencia al enfermo*. Cap. 13. Humanizar la asistencia a los enfermos en fase terminal. España. Editorial Sal Terrae. pp. 113-138.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult?. *BMJ*, 288(6430), 1597-1599. Recuperado el 3 de junio del 2015 de, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/pdf/bmjcred00502-0041.pdf>

- Buckman, R. (1992). How to break bad news: a guide for health care professionals. JHU Press. 4. Breaking bad news: a Six-Step Protocol Pp. 65-97
- Buela, G. (2008) Artículo Especial: La comunicación de malas noticias. recuperado 2 de julio de 2014 de: <http://www.foroaps.org/files/mala%20noticia.pdf>
- Cabrera, G. A. (2007). *Teorías y modelos en salud pública*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Cabrera, G., Tascón, J., y Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 91-101. Recuperado el 20 de octubre del 2014, de http://www.fundacionfes.org/attachments/185_Creencias%20en%20salud.pdf
- Carrera de Médico Cirujano: Misión y visión. Recuperado 10 de octubre de 2015 de, <http://medicina.iztacala.unam.mx/>
- Casas, E., Prat, G., Vilamala, S., Escandell, M., García, M., Martín, J., y Ochoa, S. (2014). Validación de la versión española del inventario de asertividad Gambrell y Richey en población con diagnóstico de esquizofrenia. *Anales de psicología*, 30(2), 431-437.
- Castro, J. F., y Izquierdo, S. E. (1994). ¿ Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud?. *Anales de Psicología*, 10(2), 127-133. Recuperado el 23 de octubre de 2014, de http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/03-10_2.pdf
- Cornago., S. A. (2007). *Para comprender al enfermo*. Madrid España. Cap. 14. La enfermedad terminal. 2ª edición. Pp. 199-203.
- Cuevas, M. L., Ávila, I., Oliver, J., Sámano, M., Palomares, G., y Garduño, J. (1991). Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. *Salud Pública de México*, 33(6), 576-584.

Recuperado 3 de septiembre de 2015 de,
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10633604>

De Vaca, P., Belloch, A., y Arbona, C. (1997). La evaluación psicológica de las preocupaciones hipocondríacas. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2(2).

Díaz, F. G. (2006). Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Medicina intensiva*, 30(9), 452-459.

Diccionario de la rehabilitación y de la integración social. (2014). Enfermedad aguda. Recuperado el 5 de mayo del 2014, de <http://www.med.univ-rennes1.fr/iidris/cache/es/32/3238>

Emanuel, E. J., y Emanuel, L. L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 13. Recuperado 3 de junio del 2015 de,
http://rillo.educsalud.cl/Curso%20Transv%20Bioetica%202012%20/Emanuel%20E.%20Cuatro_modelos_relacion_M-P.pdf

Espinoza, V. M; Sanhueza, A. O y Barriga, O. (2011). Validación de la Escala de Miedo a la muerte de Collett- Lester en una muestra de estudiantes de Enfermería. *Latino- Am. Enfermagem* 19 (5).

Figuroa, G. (2012). El análisis existencial de la anorexia nerviosa: de la ciencia psiquiátrica a su fundamentación. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3(1), 45-53. Recuperado el 20 de octubre del 2014, de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/viewFile/213/229>

Gantiva, C., Luna, A., Dávila, A., y Salgado, M. (2012). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia: avances de la disciplina*, 4(1), 63-70.

- García, V. y Rodríguez L. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista habanera de ciencias médicas*. 6, 0-0. Recuperado el 23 de enero del 2014, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002
- García, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. Recuperado 23 de octubre de 2014 de: ITS IMPACT, ON ADDICTIONS - 2012 - academia.edu
- Girón, M., Beviá, B., Medina, E., y Simón Talero, M. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 561-575. Recuperado 19 de agosto de 2015 de, <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n5/original6.pdf>
- Gómez, C. C., y Calvo, M. C. (2005). Habilidades sociales en adolescencia: un programa de intervención. *Revista profesional española de terapia cognitivo-conductual*, 3, 1-27. Recuperado 9 de diciembre del 2015 de, http://www.habilidadesparaadolescentes.com/equipos/HSociales_adolescencia_derechos_asertivos_Modulo%203.pdf
- Gómez, S. M. (2006). *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Madrid España. Editorial Arán. pp. 15-201. Recuperado de: [http://books.google.com.mx/books?id=o2DNWIL4xkwC&pg=PA4&lpg=PA4&dq=G%C3%B3mez,+M.++\(2006\).+C%C3%B3mo+dar+las+malas+noticias+en+medicina.+Madrid+Espa%C3%B1a.+Editorial&source=bl&ots=xx_JZ62qYO&sig=5p92Jrvy1b9WZEJVTrQMIPiWvPw&hl=es&sa=X&ei=m-naU7K3JMSe8AHIsYDoAg&ved=0CCQQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=o2DNWIL4xkwC&pg=PA4&lpg=PA4&dq=G%C3%B3mez,+M.++(2006).+C%C3%B3mo+dar+las+malas+noticias+en+medicina.+Madrid+Espa%C3%B1a.+Editorial&source=bl&ots=xx_JZ62qYO&sig=5p92Jrvy1b9WZEJVTrQMIPiWvPw&hl=es&sa=X&ei=m-naU7K3JMSe8AHIsYDoAg&ved=0CCQQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false)
- Gómez, S. M. (2006). *El hombre y el médico ante la muerte*. Madrid España. Editorial Arán. pp. 7- 227, 183-212

- Gómez, S. M. y Grau, A. J. A. (2006). *Dolor y sufrimiento al final de la vida*. Arán Ediciones. Recuperado el 05 de junio del 2015, de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=7oCz-d9KV-gC&oi=fnd&pg=PA27&dq=dolor+y+sufrimiento&ots=PQxncxFvnE&sig=y6EvibvEWwHgQNbZmBM7Y9fkOYs#v=onepage&q=dolor%20y%20sufrimiento&f=false>
- González, R., Betancourt, T., Fernández, J., & Rodríguez, S. (1998). Las cualidades del médico en la apreciación del paciente, el estudiante de medicina y el docente. *Rev Hosp Psiq Hab*, 39(1), 29-32.
- Guerrero, M. L., y León S. A. (2010). Estilo de vida y salud. *Educere*, 14(048). Recuperado 7 de marzo del 2015, de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32226/1/articulo1.pdf>
- Hernández, C. G., González, G. V., Fernández, M. L., e Infante, P. O. (2002). Actitud ante la muerte en los médicos de familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(1), 22-32. Recuperado 6 de octubre del 2014, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252002000100004&script=sci_arttext
- INEGI, (2014). *Estadísticas de mortalidad*. Recuperado 5 de octubre del 2014 de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>
- Kornblit, A. L., y Diz, A. M. (2000). La salud y la enfermedad aspectos biológicos y sociales. Buenos Aires Aique. Recuperado 17 de septiembre 2014, de <http://www.cucaicor.com.ar/datos/KORNBLIT-Ana-Lia-y-MENDES-DIZ-Ana-El-proceso-salud-enfermedad.pdf>
- Meinchenbaum, D. (1988). Terapias cognitivo conductuales. En Linn, S.J y Garske. *Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Capítulo. 8

- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León, D. E., Marín, C., y Alfonso, J. C. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panam Salud Publica*, 17(5/6), 353-61. Recuperado 2 de octubre de 2014, de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf>
- Mikusinski, E., Carugno, O., y Nassif, M. (1976). Imagen del psicólogo clínico y del psiquiatra en la Argentina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 8(3), 363-374. Recuperado 8 de octubre de 2015 de, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80580301>
- Misión, Visión y Valores de la Carrera de Psicología de la FES Iztacala. Recuperado 10 de octubre de 2015 de, http://psicologia.iztacala.unam.mx/psi_misviva.php
- Morejón, A. J., Jiménez, R. V., & Zanin, G. B. (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología*, 31(1), 37-43.
- Núñez, S., Marco, T., Burillo P. G., y Ojeda, J. (2006). Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. *Medicina clínica*, 127(15), 580-583. Recuperado el 3 de junio del 2015, de <http://fesemidocs.org/fesemi/documentos/public/casos-clinicos/vi-escuela-verano/comunicar-malas-noticias-ugencias.pdf>
- Olaiz, F. G., Rojas, R., Aguilar, S. C., Rauda, J., y Villalpando, S. (2007). Diabetes mellitus en adultos mexicanos: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud pública de México*, 49, 331-337. Recuperado 6 de octubre de 2014, de http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0036-36342007000900004&script=sci_arttext

OMS (1948). ¿Cómo define la OMS la salud?. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 26 del Agosto del 2014, de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

OMS (2007). *Nueva guía sobre cuidados paliativos de personas que viven con cáncer avanzando*. Ginebra. Recuperado el 24 de enero del 2014 de: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np31/es/>

OMS (2015). Nota descriptiva N°297: Cáncer, datos y cifras. Organización Mundial de la Salud (disponible desde Febrero del 2015). Recuperado el 15 mayo del 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

OMS, (2011).Nota descriptiva N.º 308: Drepanocitosis y otras hemoglobinopatías. Organización Mundial de la Salud (disponible desde Enero del 2011). Recuperado el 25 de octubre del 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs308/es/>

OMS, (2012) Nota descriptiva N° 999: Epilepsia. Organización Mundial de la Salud (disponible desde Octubre del 2012). Recuperado el 25 de octubre del 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/>

OMS, (2012). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 25 de octubre del 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/>

OMS, (2013). Ceguera y discapacidad visual. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 10 de junio del 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>

OMS, (2014). Enfermedades crónicas. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 25 de Octubre del 2014, de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

- Rebolledo, M. J. (2006). *El médico y el dolor el dolor del médico (síndrome de aniquilamiento)*. México. Edición particular. pp. 11-125.
- Restrepo, M. H. (2005). Cuidado paliativo: una aproximación a los aspectos éticos en el paciente con cáncer. *Persona y Bioética*, 9(2). Recuperado 2 de junio del 2015, de <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/sabana/index.php/personaybioetica/article/viewFile/915/995>
- Rodríguez Silva, H. (2006). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4), 0-0. Recuperado 2 de junio del 2015 de, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466200600040007
- Rovira, D. P., Landa, S. U., Pacheco, M. P., & Canelón, M. L. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del Sida. *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 47(2), 141-149.
- San Martín, H. (1981). La noción de salud y la noción de enfermedad. Salud y enfermedad La Prensa Médica Mexicana. 7-13. Recuperado el 22 de mayo del 2015, de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/sanmartin.pdf>
- Sanz, J., y García, V. P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anales de psicología*, 29(1), 66-75.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21. Recuperado el 7 de marzo del 2015, de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>

Silva, M. (2006). El paciente terminal: reflexiones éticas del médico y la Familia. *Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela*. 0-0. Recuperado el 23 de enero del 2014 de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079804692006000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Sociedad Mexicana de Psicología. (2011). Código Ético del Psicólogo. México: Trillas. Pp. 48-51

Soto, M. F. (1997). The health belief model, a theoretical framework for AIDS prevention (El Modelo de Creencias de Salud: Un enfoque teórico para la prevención del SIDA). *The Selected Works of Francisco Soto Mas*, 23. Recuperado el 20 de octubre del 2014, de http://digitalcommons.utep.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1022&context=francisco_sotomas&seiredir=1&referer=http%3A%2F%2Fscholar.google.es%2Fscholar%3Fhl%3Des%26q%3DModelo%2Bde%2Bcreencias%2Ben%2Bsalud%26btnG%3D%26lr%3D#search=%22Modelo%20de%20creencias%20en%20salud%22

Stefani, D. (2005). Teoría de la Acción Razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. *Revista Evaluar*, 5. Recuperado el 20 de octubre del 2014, de <http://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/538/478>

Vázquez, M. J. (2008). Ética y profesión: la responsabilidad en términos de prudencia. El caso de la psicología. *Fundamentos en humanidades*, (17), 145-162. Recuperado 6 de octubre de 2015 de, <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2938124>

Vinaccia, S., y Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-37.

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario de conocimiento general respecto a cómo dar las malas noticias.

Instrucciones: Por favor, contesta las siguientes preguntas de acuerdo a tu criterio.

1.- ¿Alguna vez has dado una mala noticia a un paciente? (si tu respuesta es no, pasa a la pregunta 4)

2.- ¿qué tan impactante fue dar esa mala noticia para ti?

3.- ¿Qué sentiste al dar esa mala noticia?

4.- ¿Alguien te enseñó a comunicar las malas noticias?

5.- ¿Cuál crees que es la mejor manera de dar una mala noticia a un paciente?

6.- Acabas de diagnosticar a un paciente de enfermedad crónica terminal, ¿cómo le dirías la noticia?

7.- A partir de tu respuesta anterior ¿Qué sentirías al dar esa mala noticia? ¿Por qué?

8.- ¿Te sientes preparado(a) para comunicar las malas noticias en enfermos crónicos terminales?, ¿Por qué?

Anexo 2: Cuestionario sobre el conocimiento del modelo de Buckman de comunicación de malas noticias.

Instrucciones: Por favor, contesta las siguientes preguntas de acuerdo a tu criterio.

1.- ¿Conoces el protocolo de 6 pasos para dar una mala noticia según Buckman?

2.- ¿Hacer un ensayo mental de lo que se va a hacer cuando se dé la mala noticia es parte del protocolo?

3.- ¿Qué pasos del protocolo conoces para dar la mala noticia?

4.- ¿Qué es lo que necesitas saber del paciente para dar la mala noticia?

5.- ¿Bajo qué circunstancias es adecuado dar una mala noticia según el protocolo?

6.- ¿Dónde se recomienda que se dé una mala noticia según el protocolo?

7.- ¿Qué paso sigue después de dar la mala noticia?

8.- ¿Qué reacciones suelen tener los pacientes después de recibir la información?

9.- Las explicaciones que le des al paciente acerca de su condición ¿Cómo deben de ser según el protocolo?

10.- ¿Cómo finalizas el dar una mala noticia?

Anexo 3: Auto registro cognitivo, fisiológico y conductual

Situación: Dar una mala noticia				
		Antes	Durante	Después
Respuesta cognitiva	Pensamientos que te vienen a la cabeza			
Respuesta fisiológica	Reacciones físicas que suceden en tu cuerpo			
Respuesta conductual	¿Qué hace?			

Anexo 4: Inventario para la Depresión de Beck, (Beck Depression Inventory-II) de 1996

Instrucciones: En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1) .

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13) .

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14) .

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19) .

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) .

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Anexo 5: Inventario de ansiedad de Beck y cols. Beck Anxiety Inventory (BAI)

Instrucciones: Responda este cuestionario considerando sus dificultades actuales. Considere como referencia las dificultades que ha tenido este último mes.

	No	Leve	Moderado	Bastante
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado, o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores, fríos o calientes				

Anexo 6: Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

Instrucciones: El cuestionario tiene 10 preguntas. Por favor, contéstelas todas.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.- En general, estoy satisfecho conmigo mismo.				
2.- A veces pienso que no soy bueno en nada.				
3.- tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.				
4.- Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
5.- Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso.				
6.- A veces me siento realmente inútil.				

7.- tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.				
8.- ojalá me respetara más a mí mismo.				
9.- En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.				
10.- Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				

Anexo 7: Escala de Miedo a la Muerte de Collett- Lester

Instrucciones: Lee cada frase y contéstala rápidamente. No utilices demasiado tiempo pensando tu respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensas ahora mismo. Marca el número que mejor representa tu sentimiento.

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en...?	Mucho	Moderad o			Nada
1. El morir solo	5	4	3	2	1
2. La vida breve.	5	4	3	2	1
3. Todas las cosas que perderás al morir	5	4	3	2	1
4. Morir joven	5	4	3	2	1
5. Cómo será el estar muerto/a	5	4	3	2	1
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más	5	4	3	2	1
7. La desintegración del cuerpo después de morir	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIO PROCESO DE MORIR en	Mucho	Moderad o			Nada
1. La degeneración física que supone el proceso de morir	5	4	3	2	1
2. El dolor que comporta el proceso de morir	5	4	3	2	1
3. La degeneración mental del envejecimiento	5	4	3	2	1
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir	5	4	3	2	1
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir	5	4	3	2	1
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir	5	4	3	2	1
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en	Mucho	Moderad o			Nada

1. La pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
2. Tener que ver su cadáver	5	4	3	2	1
3. No poder comunicarte nunca más con ella	5	4	3	2	1
4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva	5	4	3	2	1
5. Envejecer solo/a, sin la persona querida	5	4	3	2	1
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	5	4	3	2	1
7. Sentirse solo/a sin ella	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en....	Mucho	Moderado			Nada
1. Tener que estar con alguien que se está muriendo	5	4	3	2	1
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo	5	4	3	2	1
3. Ver cómo sufre dolor	5	4	3	2	1
4. Observar la degeneración física de su cuerpo	5	4	3	2	1
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales	5	4	3	2	1
7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia	5	4	3	2	1

Anexo 8: Escala de Preocupaciones por la Enfermedad ICS

¿Hasta qué punto le han molestado durante la semana pasada los pensamientos sentimientos o acciones que se enumeran a continuación?

	Nada en absolut o	Un poco	Algo	Mucho	Muchísim o
1. Preocupación por la salud	0	1	2	3	4
2. Miedo a una enfermedad grave o a la muerte	0	1	2	3	4
3. Pensar que le podría estar pasando algo grave a su cuerpo	0	1	2	3	4
4. Pensar que debe hablar con el medico sobre cómo se encuentra	0	1	2	3	4
5. Tener que examinar su cuerpo para ver si podría estar ocurriendo algo malo	0	1	2	3	4
6. Sentirse convencido de que está gravemente enfermo a pesar de la evidencia en contra	0	1	2	3	4
7. Descubrir que piensa durante mucho tiempo sobre cómo se encuentra	0	1	2	3	4
8. Tener muchos síntomas físicos que podrían ser debidos a una enfermedad grave	0	1	2	3	4
9. Evitar por miedo a los o la atención médica	0	1	2	3	4

10. Sentir que su preocupación por la enfermedad puede no ser realista	0	1	2	3	4
11. Preocupación por cambios en su cuerpo o en su apariencia	0	1	2	3	4
12. Tener que evitar los objetos o actividades que podrían conducir a una enfermedad o herida	0	1	2	3	4
13. Sentirse alterado por cosas que oye o lee que le recuerdan a una enfermedad grave	0	1	2	3	4
14. Le resulta difícil distraer su atención de cómo se encuentra	0	1	2	3	4
15. Sentir que la gente no está tomando en serio su preocupación por la enfermedad	0	1	2	3	4
16. Tener que evitar lo que recuerda a una enfermedad grave o la muerte	0	1	2	3	4
17. Le resulta difícil creer al médico acerca de que no le pasa nada malo	0	1	2	3	4
18. Sentirse avergonzado de sus preocupaciones por la salud	0	1	2	3	4

Anexo 9: Inventario de Asertividad de Gambрил y Richey (Assertion Inventory, AI)

Emplee la siguiente escala para su grado de ansiedad:

1 = En absoluto

2 = Un poco

3 = Bastante

4 = Mucho

5 = Muchísimo

A continuación, emplee esta escala para indicar la probabilidad de respuesta

1 = Siempre lo hago

2. Habitualmente

3 = Aproximadamente la mitad de las veces

4 = Raramente

5 = Nunca

Nota: Si no se ha encontrado nunca en las situaciones que le propone un ítem, imagínese cómo se sentiría y cómo actuaría si se produjera esa situación.

Grado de Ansiedad	Situación	Probabilidad de Respuesta
	1. Decir que no cuando te piden prestado el coche	
	2. Hacer un cumplido a un amigo.	
	3. Pedir un favor a alguien.	
	4. Resistir ante la insistencia de un vendedor.	
	5. Disculparse cuando cometes una falta.	
	6. Rehusar una invitación o a una cita o a una reunión.	
	7. Admitir que estás asustado y pedir que te comprendan.	
	8. Decir a una persona con la que mantienes Una relación íntima que algo de lo que está Haciendo o diciendo te molesta.	
	9. Pedir un ascenso.	
	10. Admitir tu ignorancia sobre algún tema.	
	11. Decir que no cuando te piden dinero prestado.	
	12. Hacer preguntas personales.	

	13. Cortar a un amigo demasiado parlanchín.	
	14. Pedir críticas constructivas.	
	15. Iniciar una conversación con un desconocido	
	16. Hacer un cumplido a una persona de la que estás enamorado o por le que estás interesado.	
	17. Pedir una cita a alguien.	
	18. Pedir una cita a alguien que ya te rechazó en otra ocasión.	
	19. Admitir tus dudas sobre algún aspecto que se esté discutiendo y pedir que te lo aclaren.	
	20. Solicitar un empleo.	
	21. Preguntar a alguien si le has ofendido.	
	22. Decir a alguien que te cae bien.	
	23. Exigir que te atiendan cuando te hacen esperar.	
	24. Discutir abiertamente con otra persona una	

	crítica que haya hecho sobre tu forma de actuar.	
	25. Devolver cosas defectuosas o en mal estado (p.ej, en una tienda o en un restaurante)	
	26. Expresar una opinión distinta de la que mantiene la persona con la que estás hablando.	
	27. Resistirse a proposiciones sexuales cuando no estás interesado.	
	28. Decirle a alguien que ha hecho o dicho algo que es injusto para ti.	
	29. Aceptar una cita.	
	30. Contarle a alguien buenas noticias con respecto a ti.	
	31. Resistirse a la insistencia de alguien para que Bebas.	
	32. Oponerse a una exigencia injusta de alguien importante.	
	33. Despedirse de un trabajo.	

	34. Resistirse a las presiones de otros.	
	35. Discutir abiertamente con alguien la crítica que Ha hecho de tu trabajo.	
	36. Pedir que te devuelvan algo que has prestado.	
	37. Recibir cumplidos.	
	38. Seguir conversando con alguien que está en desacuerdo contigo.	
	39. Decir a un amigo o a un compañero de trabajo que algo que ha dicho o hecho te ha molestado.	
	40. Pedir a alguien que te está molestando en Público que se calle.	

Anexo 10: Tarjetas con escenarios hipotéticos de diagnóstico crónico terminal.

Caso 1: Llega a tu consultorio una señora de aproximadamente 40 años que se queja de una sensación de malestar general y fatiga, picazón generalizada, dolores de cabeza agudos, inapetencia y náuseas. Además te das cuenta de que según la misma, ha perdido mucho peso en los últimos meses de manera involuntaria.

Sigues evaluándola y a partir de varios estudios te das cuenta de que sufre de insuficiencia renal terminal.

La señora se llama Alma y es madre de dos niños un niño de 6 años llamado Carlos y una niña de 2 años llamada Andrea, es casada y trabaja en una tienda Miscelánea.

¿Cómo le das la mala noticia?

Caso 2: Hace tiempo que un señor llamado Alberto es tu paciente, tiene 66 años y siempre ha gozado de buena salud, solo tiene un único vicio, que es el tabaco. Un día como de costumbre en el chequeo general que se hace cada año, notas que se encuentra bastante decaído, y te dice “Me siento como un auto que ha perdido su potencia, eso desde hace ya mucho tiempo, yo pienso que es la edad. Parece como si tuviera la energía para apenas hacer solo una taza de café o caminar al baño. Estoy cansado de estar cansado, lo cual es muy frustrante”.

Le mandas a hacer sus estudios correspondientes y el diagnóstico es un cáncer de garganta y pulmonar muy severo, en etapa terminal.

Don Alberto, vive acompañado de su única hija de 25 años, Patricia.

¿Cómo le das la mala noticia?

Caso 3: Hace cuatro meses se diagnosticó al Sr. José, cáncer, pues se le encontró una masa detrás del hígado. Esa masa ya evolucionó y se le da quimioterapia al Sr. José. En el transcurso del día te da aviso una enfermera de que el paciente ha hecho sus heces fecales con sangre, y está muy mal.

Vas a revisar a tu paciente y lo dejas estable, sin embargo sabes que está en etapa terminal y le quedan semanas o días de vida.

El Sr. José vive con su esposa y sus dos hijos de entre 9 y 13 años.

¿Cómo le das la mala noticia?

Caso 4: Leticia, una mujer de 47 años de edad, viuda y con 5 hijos (la menor de 18 meses y el mayor de 20 años).

El motivo de su consulta se debe a que desde hace algo más de un mes, padece de diarrea recurrente (que no remite con tratamiento antibiótico) acompañada en ocasiones de fiebre, disnea y picores sobre todo en las palmas de las manos. También menciona que ha perdido mucho peso en los últimos meses de manera involuntaria. Tras realizarle un examen físico y un hemocultivo, diagnosticas que tiene SIDA.

¿Cómo le das la mala noticia?

Caso 5: Raúl es un paciente de 29 años de edad con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en programa de Hemodiálisis desde hace un mes. Desde los 9 años fue diagnosticado de diabetes tipo 1, por lo que padece ceguera bilateral y se le ha realizado la enucleación del ojo izquierdo por glaucoma. Raúl es un paciente con poca disposición para llevar a cabo los cuidados habituales en pacientes diabéticos. Te das cuenta que desde su última revisión no ha mejorado su

condición y que peor aún ha decaído mucho y le quedan alrededor de tres meses de vida. Está casado y tiene un hijo de cuatro años.

¿Cómo le das la mala noticia?

Anexo 11: Protocolo de 6 pasos de Buckman para dar las malas noticias.

1. Configuración de la Entrevista: consiste de un ensayo mental pues es útil para la preparación de tareas estresantes. Esto se puede lograr mediante la revisión del plan para decirle al paciente la noticia y cómo se responderá distintas reacciones emocionales o preguntas difíciles. Además se deben tomar en cuenta aspectos como hacer arreglos para tener privacidad, involucrar a las personas significativas, sentarse pues al hacerlo se relaja al, tocar el paciente en el brazo, administrar las limitaciones de tiempo y las interrupciones e informar a la paciente de cualquier restricción de tiempo que pueda tener o interrupciones que el médico (Baile, Buckman, Lenzi, Globber, Beale y Kudelka, 2000).
2. Descubriendo qué sabe el paciente: este paso está orientado a obtener una impresión de cuánto sabe el paciente de su problema, fundamentalmente establecer cuán grave considera que está y de qué modo ve afectado su futuro. Aquí es necesario que el personal médico preste mucha atención a tres aspectos centrales de su situación: Al grado de comprensión de su situación médica, a las características culturales del paciente y a los contenidos emocionales de sus palabras.

Además es necesario identificar contradicciones entre el idioma verbal y no verbal al ser esencial para los médicos que desean entender los sentimientos de sus pacientes.

3. Reconociendo qué y cuánto quiere saber: esta etapa consiste en tratar de definir a qué nivel el paciente quiere saber qué es lo que está pasando. Existe discrepancia entre lo que el médico quiere decir y lo que el paciente quiere saber. Si el paciente expresa el deseo de no discutir la información, debemos dejar la puerta abierta para más tarde, pero no obligarle a saber lo que no quiere.

4. Compartiendo la información: aquí existe una advertencia al paciente que las malas noticias se acercan, se puede disminuir el choque de malas noticias y puede facilitar el procesamiento de la información, por ejemplo se pueden utilizar frases como "Lamentablemente tengo malas noticias para decirte " o "siento decirte que ... Si el paciente indicó que su preferencia es saber toda la verdad de su enfermedad, se procederá de acuerdo con su voluntad y si su preferencia es no saber los detalles de su enfermedad, se debe discutir la estrategia terapéutica y los planes que se han de seguir.

Deben tenerse en cuenta dos reglas básicas: el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar cualquier propuesta de tratamiento ofrecida y tiene derecho a reaccionar y expresarse afectivamente de la manera que considere mejor, siempre dentro del marco de conductas socialmente aceptadas.

Además debe de reforzarse y clarificarse la información impartida y checarsé frecuentemente el grado de comprensión.

5. Respondiendo a las reacciones del paciente: el eficaz comunicado de la información depende en última instancia del modo en que el paciente reacciona y cómo el médico responde a esas reacciones. Se debe tomar en cuenta respecto a las reacciones, si éstas son socialmente aceptables, y si no lo son, es necesario mantenerse en calma y decirle al paciente o al familiar lo más firmemente posible que esa actitud es inaceptable. En general, si uno logra mantenerse en calma, la reacción pierde el impacto inicial, pero si es necesario se debe pedir apoyo a colegas o incluso al personal de seguridad.
6. Estrategia: en este punto dependiendo del tipo de mala noticia, el paciente puede sentirse abatido y confundido. El paciente se encontrará de frente al médico para poder aclarar la confusión y organizar y reorganizar su futuro. La habilidad de afrontar y dar una solución a este problema es lo que distingue a un profesional de un amigo bien intencionado. En este momento

el facultativo debe de ofrecer una perspectiva positiva y una guía, demostrando que se encuentra de su lado.

Debe tomarse en cuenta lo siguiente: a) Aceptar las opiniones y los puntos de vista del paciente y sus familiares, b) tener sensibilidad, para discutir temas conflictivos o vergonzosos con madurez dentro de un marco de máxima reserva, c) reducir la incertidumbre, d) desarrollar explicaciones comprensibles que el paciente pueda recordar, e) desarrollar un plan conjunto, f) establecer planes de contingencia y g) hacer un resumen final.

Anexo 12: Seminario de la 1ª sesión: Presentación.

Es bien sabido que ante la enfermedad o la inminencia de la muerte, el sufrimiento experimentado por los familiares y el mismo enfermo tiende a ser reconocido, por ello cuando nos encontramos en estas situaciones, ya sea la dependencia de Salud, la familia, los amigos o los mismos médicos intentan mitigar el sufrimiento, recomendando terapia psicológica o recurrir al alivio espiritual.

¿Pero qué pasa con el médico, que permanece largas jornadas junto a un enfermo, viéndolo sufrir, y se sabe impotente ante el enfermo terminal?, ¿cómo le dice a su paciente que va a morir?, ¿quién les enseña a dar las malas noticias? Según Buela (2008), nadie enseña a los médicos como dar malas noticias, pues durante su residencia u otro tipo de entrenamiento formal o informal, la mayoría de los profesionales de la salud intentan copiar las habilidades que ven utilizar a los “mayores” o modelos de rol, y aún a ellos nadie les enseña a comunicar las malas noticias. La autora destaca que un aspecto muy importante de considerar respecto al tema, es que durante los cursos de grado no hay materia alguna que incluya en su programa la forma de comunicarse con el paciente, sobre todo en las circunstancias de enfermedades terminales.

Lo que sucede normalmente al dar las malas noticias es que el médico utiliza los recursos de comunicación que adquiere durante toda su vida respecto a su criterio y sus valores y lo que supone que es mejor para el paciente, y lo hace de manera automática y generalizada. Sin embargo, una acción tan mecanicista de dar las malas noticias no siempre resulta oportuno, pues se deja de lado el hecho de que comunicar malas noticias no sólo es cuestión de transmitir información a un paciente o a sus familiares, sino que repercute en ellos y en el conductor mismo de las malas noticias, muchas veces afectando la relación médico-paciente e incluso el mismo proceso de adherencia terapéutica del enfermo, y por consiguiente su calidad de vida. Por lo tanto, es necesario saber cómo ayudar al médico a abordar la misión de comunicar las malas noticias de manera adecuada, superando no sólo sus propias

limitaciones y preocupaciones, sino realizando una labor de carácter humano, responsable y ético con sus pacientes y sus familiares.

Anexo 13: Seminario de la 5ª sesión: Relación médico-paciente.

La relación médico-paciente es aquella relación personal que sucede a partir de una enfermedad. El paciente, aunque cuente con el apoyo de familiares y amigos, sólo puede esperar la ayuda que necesita del profesional de la salud y de nadie más. En este momento, su atención en todos los demás aspectos de su vida se pierde, y sólo se concentra en su enfermedad. Es decir, se vuelve como un niño vulnerable, pues su fragilidad física se transforma a su vez en fragilidad emocional. Es comprensible entonces que su médico represente para él toda su esperanza, y es de suponer que al mismo tiempo que espera alivio a sus dolencias físicas también espere alivio anímico. Es así que la relación médico-paciente se vuelve significativa tanto para el paciente como para el profesional de la salud, pues ésta influye directamente en el estado anímico en correlación a las decisiones de los médicos, es decir, establecida la relación médico-paciente se determinará más tarde la comunicación de las malas noticias.

Los médicos, deben ser conscientes de su estatus y lo que representan para el enfermo en fase terminal, pues la expectativa del enfermo y su familia será de un comportamiento adecuado a su alta responsabilidad, logrando un servicio de gran significación humana, como es promover o restablecer la salud. Igualmente, debe de existir un proceso de participación en la toma de decisiones médicas construido a partir de la participación mutua y respetuosa entre médico y paciente. Al mismo tiempo, el facultativo debe conocer que sus potencialidades diagnósticas, curativas y rehabilitadoras se incrementan en razón directa con su capacidad para desarrollar exitosamente sus relaciones profesionales. Por lo tanto, una buena relación entre el médico y el enfermo puede contribuir a la comunicación adecuada entre ambos y a atenuar de manera significativa el dolor de recibir y dar las malas noticias.

Anexo 14: Seminario de la 6ª sesión: Malas noticias.

Las malas noticias son aquellos comentarios de contenido negativo que se transmiten de manera drástica y alteran la perspectiva del paciente en relación con su futuro dependiendo, de los valores, prioridades, expectativas, experiencias, personalidad, creencias, puntos de vista y fortalezas emocionales de cada persona.

Indudablemente, en algún punto de la carrera los profesionales de la medicina deben enfrentarse con ésta difícil tarea de comunicación de malas noticias.

Así mismo, los médicos deben afrontar muchas veces el comunicado de información de los diagnósticos cuando ya se ha agotado cualquier posibilidad de recuperación, por lo que el enfermo en fase terminal sólo responde al cuidado paliativo.

Es evidente que dar las malas noticias a un paciente terminal es una tarea difícil para el profesional de la salud, y se tiene que tomar en cuenta que cualquier decisión que tome el médico repercutirá no solo en la vida del paciente terminal y en la de su familia, sino en la de él mismo.

Muchas veces el médico no está preparado para dar las malas noticias de manera adecuada sin verse afectado emocionalmente, además, nadie les enseña a comunicar ese tipo de información y optan por llevar a cabo la labor de comunicación de acuerdo a su experiencia o lo que han visto de otros profesionales. Sin embargo, dado que llevar la información de manera adecuada para prevenir posibles consecuencias adversas en pacientes y médicos, estos últimos han optado por utilizar el modelo de comunicación de Buckman que consta de 6 pasos para comunicar las malas noticias.